

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'HYPERÉMÉSIS GRAVIDARUM : PORTRAIT PSYCHODYNAMIQUE DE
TROIS FEMMES ATTEINTES DE CE TROUBLE RARE DE LA GROSSESSE

THESE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
VALÉRIE PARADIS

SEPTEMBRE 2010

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

« Bébé d'autrefois portant un enfant à naître et se souvenant dans son corps de ses émotions
anciennes, ainsi se dessine la réalité intérieure de toute femme enceinte ».

Monique Bydlowski

« Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de
la maternité »

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je désire remercier ma directrice de thèse, Mme Marie Hazan, pour son soutien et sa confiance dans ce projet de thèse, de même que pour la liberté qu'elle m'a laissée dans l'élaboration de cette recherche.

J'aimerais également remercier les membres du jury d'avoir accepté de participer à cette aventure doctorale et ainsi d'avoir évalué mon travail avec justesse et rigueur. Merci à Sophie Gilbert et à Pierre Plante pour l'intérêt envers mon travail. Je vous remercie pour vos précieuses observations et vos commentaires. J'adresse un remerciement particulier à Mme Suzanne Léveillé qui a accepté, avec enthousiasme et empressement, de se joindre à mon jury.

J'aimerais adresser un remerciement particulier au Dr Évelyne Rey de l'hôpital Sainte-Justine qui, malgré un horaire plus que chargé, m'a offert son soutien et sa collaboration en plus d'une disponibilité et d'une ouverture d'esprit qui m'a permis de poursuivre cette recherche, même dans les moments difficiles. Merci également à la Dre Louise Duperron d'avoir accepté de participer, même de loin à cette étude.

Je remercie tout spécialement les femmes enceintes qui ont accepté de participer à cette recherche, malgré leurs conditions physiques parfois difficiles. C'est grâce à leur confiance et à leur générosité que cette recherche a pu être menée à terme.

Je tiens à adresser un remerciement spécial à Emmanuelle Robert qui m'a offert son regard extérieur et bienveillant au cours de la partie critique de cette recherche. Elle m'a permis de poursuivre cette thèse dans un moment où le découragement m'avait envahie. Elle s'est toujours montrée présente, disponible et à l'écoute, et ce, malgré son nouveau rôle de maman. Merci à Jalène Allard pour sa présence au tout début de l'aventure. Malgré une certaine distance, tu m'as suivie tout au long de ce projet.

J'exprime également toute ma gratitude envers mon ami Pierre Bernard qui a su apaiser toutes les angoisses et tous les débordements émotifs qu'une telle entreprise

comporte. Il a su me soutenir, m'écouter et m'encourager tout au long de ce cheminement douloureux.

J'aimerais adresser un remerciement plus que particulier à mon mari Denis Castonguay qui a fait d'énormes sacrifices pour m'accompagner dans ce projet. Son soutien indéfectible et sa foi en moi m'ont permis de traverser les pires moments de doutes de ma vie. Son amour et sa bienveillance m'ont préservée tout au long de cette aventure, m'ayant permis de demeurer ancrée au port, m'évitant ainsi la dérive.

J'aimerais finalement remercier ma famille pour leur patience et leur soutien au cours de ce long parcours parfois difficile à saisir, tant les motivations sont obscures et personnelles. À mon père qui n'a pu assister au dénouement de ce long trajet, nous ayant quitté beaucoup trop tôt : papa j'ai réussi, tel que promis !

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE.....	3
CHAPITRE II	
CONTEXTE THÉORIQUE : GROSSESSE ET HYPERÉMÉSIS GRAVIDARUM.....	5
2.1 Bref regard historique sur l'hyperémésis gravidarum	5
2.2 L'hyperémésis gravidarum : aspects cliniques	7
2.2.1 Hypothèses biologiques et psychologiques de l'hyperémésis gravidarum.....	9
2.3 La récursivité : ou comment l'inconscient et le corps s'inter influencent	13
CHAPITRE III	
CONTEXTE THÉORIQUE : GROSSESSE ET PSYCHANALYSE.....	15
3.1 Les premiers écrits psychanalytiques et les vomissements liés à la grossesse	15
3.2 Changements induits par les méthodes contraceptives : faire ou ne pas faire un enfant, une question de désir?	17
3.3 Du désir d'enfant à proprement parler... ..	18
3.3.1 Le désir d'enfant chez Freud.....	19
3.3.2 Le désir d'enfant chez Bydlowski.....	22
3.3.3 Le désir d'enfant chez Revault D'Allones	25
3.3.4 Le désir d'enfant chez Pasini	26
3.4 La grossesse et ses transformations psychiques.....	27
3.5 La procréation dans l'univers féminin selon Ferraro et Nunziante-Cesaro : au-delà d'une crise.....	31
3.5.1 La fantasmatique du corps plein et de l'enfant imaginaire au cours de la grossesse	34

	6
3.6	Grossesse et mouvement de séparation 38
3.7	Comment la maternité « flirte-elle » avec la folie?..... 41
3.8	La maternalité ou comment la maternité vient aux femmes... 42
3.9	Les styles maternels au cours de la grossesse..... 43
3.9.1	La mère facilitante 44
3.9.2	La mère régulatrice 45
3.9.3	La mère ambivalente..... 46
3.10	Questions de recherches..... 50
CHAPITRE IV	
	LA MÉTHODOLOGIE 51
4.1	Position épistémologique de cette recherche 53
4.2	Mesures pour assurer la rigueur et la validité interne 54
4.2.1	Le journal de bord..... 55
4.2.2	Le tiers 55
4.2.3	Analyse préliminaire 56
4.3	Recrutement des sujets et échantillon..... 56
4.4	Méthode de collecte de données et instruments utilisés 57
4.4.1	Entrevues 57
4.4.2	MMPI-II..... 58
4.5	L'analyse des données 59
4.6	L'éthique de la recherche..... 62
CHAPITRE V	
	PRÉSENTATION CLINIQUE DES SUJETS DE RECHERCHE..... 64
5.1	Mélodie..... 64
5.2	Maryse 69
5.3	Maria..... 73
5.4	Attitude des participantes au cours des entrevues..... 78
CHAPITRE VI	
	ANALYSE DES DONNÉES CLINIQUES..... 81
6.1	Présentation des thèmes composant l'arbre thématique 81

	7
6.2	Arbre thématique 81
6.2.1	Rubrique 1 : L'univers relationnel 82
6.2.2	Rubrique 2 : La maladie..... 89
6.2.3	Rubrique 3 : la grossesse..... 96
6.2.4	Rubrique 4 : Représentation des rôles parentaux 102
6.2.5	Rubrique 5 : la culpabilité..... 106
6.3	Le MMPI-II : les résultats..... 109
CHAPITRE VII	
	DISCUSSION 113
7.1	Thèmes interprétatifs 116
7.1.1	Premier thème interprétatif: Impact de l'histoire relationnelle sur les relations actuelles et sur les représentations des rôles parentaux..... 116
7.1.2	Deuxième thème interprétatif : l'expérience de la grossesse et de la maternité..... 124
7.1.3	Troisième thème interprétatif : l'hyperémésis gravidarum comme répétition de l'histoire de manque avec la mère et comme tentative d'obtenir une relation sécurisante..... 129
7.2	Essai d'interprétation clinique 133
7.2.1	Hyperémésis gravidarum et désir de maternage 133
7.2.2	Hyperémésis gravidarum et désir d'enfant : l'impossible ambivalence?..... 135
	CONCLUSION..... 138
ANNEXE A	
	FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'HÔPITAL SAINTE- JUSTINE..... 142
ANNEXE B	
	SCHÉMA D'ENTREVUES DE RECHERCHE..... 147
	RÉFÉRENCES 150

RÉSUMÉ

La présente recherche explore l'expérience des femmes enceintes atteintes d'un trouble rare de la grossesse du nom d'hyperémésis gravidarum dont les principaux symptômes sont des nausées et des vomissements sévères que la médecine parvient difficilement à contrôler et à traiter efficacement. Cette recherche s'inscrit dans une visée exploratoire et pour cette raison utilise un devis de recherche qualitative dont la théorie de base est la théorie psychodynamique. Cette recherche a été entreprise suite au constat du peu d'intérêt porté aux aspects psychologiques dans le développement de cette affection, les principaux écrits étant de nature médicale et par conséquent s'intéressant davantage aux différents aspects physiologiques de ce trouble. Une question s'est alors imposée : que peut-on comprendre de cette affection de la grossesse sur le plan psychologique?

Au plan théorique, la recherche s'est principalement inspirée des écrits de Monique Bydlowski sur la grossesse comme crise maturative et les transformations psychiques résultantes. D'autres auteurs dont S. Freud, F. Ferraro et A. Nunziante-Cesaro, C. Revault d'Allonnes, L. Roegiers, J-M. Delassus et C. Lechartier-Atlan ont également enrichi le contexte théorique sur les différents enjeux, à la fois conscients et inconscients, entourant cet événement que représente la grossesse. Deux recherches portant spécifiquement sur ce trouble, soient celle de Cohen et al (2007) et de Karpel et de Gmeline (2204) ont, par ailleurs, servi de référence à cette étude. Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été menées à deux reprises auprès de trois femmes enceintes souffrant d'hyperémésis gravidarum et un inventaire de personnalité, le MMPI-II a également été utilisé afin de diversifier le matériel recueilli. L'analyse des données a été effectuée à partir du discours de ces femmes. Celle-ci s'est inspirée de la méthode d'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (2003). Cette analyse a donné naissance à un arbre thématique composé de quatorze thèmes descriptifs et cinq rubriques : l'univers relationnel, la maladie, la grossesse les représentations des rôles parentaux et la culpabilité. À chacune de ses rubriques sont rattachés les thèmes descriptifs. Par la suite une analyse dynamique des thèmes a permis d'ouvrir sur la discussion clinique et sur l'essai d'interprétation clinique, celle-ci étant inspirée des différents concepts psychanalytiques évoqués dans la section théorique.

La discussion a permis de mettre en lumière différentes hypothèses, dont celles d'éventuels manques au niveau du holding de ces femmes par leurs mères, ainsi que la possibilité de recourir à la grossesse marquée de l'hyperémésis gravidarum comme une tentative de recréer ce lien pourtant décevant avec la mère.

Mots clés : hyperémésis gravidarum, grossesse, conflit psychique, relation à la mère, ambivalence.

INTRODUCTION

La vie d'une femme est ponctuée de plusieurs « crises maturatives » dont les principales sont : l'adolescence, le passage à la vie adulte, la maternité et la ménopause. Il est admis que toutes les femmes ne traverseront pas, de façon systématique, l'ensemble de ces étapes, notamment celle ayant trait à la maternité. Quoi qu'il en soit, toutes ces phases donnent lieu à des transformations importantes, à la fois sur le plan psychique et physique. Ainsi, la grossesse se veut un moment de grands bouleversements où le corps qui s'impose désormais à la femme suit ses propres règles pour lui faire vivre une expérience parfois excitante et exaltante, parfois catastrophique, mais toujours marquée du sceau de l'angoisse. En effet, cette étape de vie est celle où le vivant et la mort s'affrontent et se côtoient en permanence par les enjeux qu'elle représente, notamment quant au sentiment d'ambivalence que porte en elle toute grossesse et qui fait fréquemment l'objet de déni tant elle bouleverse le cœur des femmes.

Nous avons été amenées à nous intéresser à l'hyperémésis gravidarum à la suite d'un questionnaire concernant l'anorexie au cours la grossesse. Ce phénomène étant plutôt rare, nous avons dû faire des recherches auprès des gynécologues obstétriciens afin de vérifier si ce projet était viable. C'est dans ces circonstances que nous a été présentée la problématique de l'hyperémésis gravidarum. Nous avons alors senti le désarroi des médecins face à ce trouble et, dès lors, a pris naissance en nous un désir d'investiguer et de comprendre les différents enjeux à l'origine de cette maladie. En débutant nos recherches, nous avons été frappées par le petit nombre d'études au sujet de cette affection, notamment au niveau psychologique, ce qui nous laissait une possibilité d'investigation plus qu'intéressante.

L'hyperémésis gravidarum consiste en la présence de nausées et de vomissements sévères, ceux-ci débutant au premier trimestre de la grossesse, se prolongeant fréquemment tout au long de celle-ci, et requérant, dans la majorité des cas, une, voire plusieurs hospitalisations. Malgré les études menées depuis près d'un siècle, ce trouble demeure encore nébuleux, à la fois pour le monde médical et le monde psychologique. Ainsi, comment comprendre ces nausées et ces vomissements? Que peut-on entendre sur le plan

psychologique? L'hyperémésis gravidarum se ferait-il le symptôme d'une répétition de l'histoire familiale de certaines femmes; serait-il l'expression psychosomatique d'un conflit psychique non résolu? Autant de questions sur lesquelles peu de chercheurs se sont penchés au cours du siècle dernier, les préoccupations physiologiques prenant le devant sur la souffrance psychologique.

Par cette thèse, je me suis intéressée à la réalité psychique des femmes *hyperémétiques*. Dans cette optique, j'ai cherché à dresser un portrait de celles-ci : qu'en est-il de leur symptomatologie et de leur parcours de vie? De l'histoire de leur grossesse? De leur univers relationnel, tant avec leur mère, leur père, leur conjoint, leurs enfants déjà nés que leur enfant à venir? Étant donnée la nature du projet, la rareté des écrits, particulièrement ceux de nature psychologique, ainsi que le questionnement sous-jacent, cette recherche s'inscrit à l'intérieur d'une méthodologie qualitative. Celle-ci prendra une forme exploratoire afin de dégager le tableau clinique qui sous-tend l'apparition d'une telle affection au moment de la grossesse.

Cette recherche s'intéresse donc à un univers encore peu exploré d'un point de vue psychologique et pour cette raison constitue un apport original à cette problématique de la grossesse. L'intérêt porté au discours de ces femmes enceintes en fait, à notre sens, une recherche originale.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Le moment de la grossesse se veut une période de grands bouleversements, dont les nausées et les vomissements se font l'instigateur. Ces symptômes, connus depuis l'Antiquité apparaissent comme une manifestation commune du premier trimestre de la grossesse. D'intensité variable, ils n'ont, dans la majorité des cas, aucune incidence notable sur le statut physiologique de la femme enceinte. Entre 50% et 80% de ces femmes font l'expérience de ces symptômes (Simpson et al, 2001). Cependant dans une plus faible proportion des cas, soit entre 0.05% et 2% des femmes enceintes, ces symptômes, loin de s'estomper pour disparaître avec le développement de la grossesse, s'exacerbent en un trouble connu sous l'appellation d'hyperémésis gravidarum (Simpson et al, 2001). Historiquement, l'hyperémésis gravidarum s'est toujours inscrit dans une controverse, encore d'actualité, entre une causalité psychique versus physiologique. Nous remarquons que malgré le caractère obscur de cette affection répertorié par la littérature, trois principaux constats sont à tirer de celle-ci au cours des soixante dernières années : nous notons d'abord qu'aucune étiologie formelle n'a pu être identifiée jusqu'à maintenant, et ce, malgré différentes hypothèses et observations d'ordre psychologique faites au cours de la dernière décennie. Le plus souvent, la littérature ne répertorie que les symptômes associés, de même que différentes hypothèses explicatives axées davantage sur les aspects médicaux (Fairweather, 1971; Iancu et al, 1994). Ensuite que cette pathologie ne s'observe que chez l'être humain, les autres espèces animales en étant exemptes (Simpson et al., 2001); et finalement que ce trouble serait apparu avec la « civilisation », n'ayant aucun indice de la présence de celui-ci chez les peuples primitifs (Leppert, 1973; Iancu et al., 1994), en plus de se retrouver en plus grande proportion dans les pays occidentaux (Leppert, 1973; Simpson et al., 2001).

Depuis le premier siècle de notre ère (Baudrand, 2003), les théories concernant ce trouble de la grossesse se sont succédées, de même que les thérapeutiques, sans toutefois

parvenir ni à une explication, que celle-ci soit d'ordre médicale et/ou psychologique, ni à un traitement efficace. Cette forme grave des vomissements de la grossesse interroge donc encore aujourd'hui les mécanismes somatiques, psychologiques et physiologiques. La genèse de ce type de vomissements s'est ainsi toujours portée à des débats marqués par des excès, tant du côté des partisans du « tout psychique » que de celui du « tout physiologique ». Au cœur de ce débat se retrouvent des femmes souffrantes, souvent perçues comme difficilement traitables et dont seul le corps reçoit des soins avec plus ou moins d'égard à leur souffrance psychologique.

Au-delà de ces différents constats, ce qui étonne le plus de l'hyperémésis gravidarum est la perplexité dans laquelle cette pathologie laisse encore les chercheurs, essentiellement médecins, notamment quant aux causes et aux traitements, compte tenu des risques et des nombreux désagréments associés à cette condition préoccupante de la grossesse. Parmi les conséquences graves de cette affection : la fin de la grossesse par avortement médical ou spontané, et la mort de la mère et/ou du fœtus (Simpson et al, 2001). Fairweather (1968) fixait à 40 %, il y a de cela à peine 40 ans, le risque de perdre le bébé par fausse-couche ou par complications périnatales. De nos jours, de telles conséquences sont pratiquement éliminées, en raison des progrès de la médecine¹.

L'hyperémésis gravidarum ne trouve que peu d'écho théorique dans le monde de la psychanalyse, se faisant plutôt d'intérêt médical. Toutefois, les premières tentatives d'explications de cette pathologie tirent leurs origines de la théorie psychanalytique, particulièrement des écrits ayant trait à la signification inconsciente des nausées et des vomissements au cours de la grossesse. Partant de ces différentes observations, nous nous sommes donc intéressées au monde interne de ces femmes, à leur univers psychologique et à leur souffrance.

¹ Selon le constat basé sur la pratique clinique de la Dre Évelyne Rey de l'hôpital Sainte-Justine.

CHAPITRE II

CONTEXTE THÉORIQUE :

HYPERÉMÉSIS GRAVIDARUM : ASPECTS MÉDICAUX ET CLINIQUES

L'hyperémésis gravidarum est connu du milieu médical depuis plus d'un siècle. Cependant, ce n'est qu'au cours de la première moitié du 20^e siècle qu'est établie une distinction entre les vomissements physiologiques du premier trimestre de la grossesse, considérés comme normaux, et les vomissements sévères désignés par le terme d'hyperémésis gravidarum (Deuchar, 1995). Depuis, plusieurs études ont été menées afin de comprendre cette pathologie de la grossesse dans le but d'apporter un soulagement et un traitement aux femmes atteintes. Toutefois, il semble que l'hyperémésis gravidarum suscite encore aujourd'hui bien des questionnements, notamment quant aux causes et aux traitements, laissant ainsi un espace de recherche intéressant. Étant donné que cette thèse s'intéresse au point de vue psychologique, il ne m'apparaît pas pertinent de présenter une recension exhaustive et détaillée des écrits médicaux concernant l'hyperémésis gravidarum. Il s'agit plutôt ici de rendre compte, de façon générale, de la nature de cette affection, afin d'en circonscrire une définition, et d'en exposer les différents aspects et symptômes.

2.1 Bref regard historique sur l'hyperémésis gravidarum

Les vomissements caractéristiques du début de la grossesse sont connus depuis longtemps. On retrouve des traces de leur description dans un papyrus datant de 2000 ans avant J.C. (Baudrand, 2003, 102). Pour Hippocrate ces vomissements portaient l'appellation de « maux de cœur ». Cependant, c'est à Soranos d'Éphèse, né en Asie Mineur et ayant pratiqué la médecine à Rome au cours de la seconde moitié du 1^{er} siècle de notre ère, que l'on doit les premières observations de ces malaises, de même que les premières descriptions de l'hyperémésis gravidarum. Le syndrome mis de l'avant par Soranos sous l'étiquette de « kissa », regroupait non seulement les vomissements gravidiques, mais aussi

l'hypersalivation et les envies de mets insolites (Baudrand, 2003, 103). Plusieurs autres auteurs, à sa suite, ont théorisé sur ces malaises de la grossesse. Ainsi, c'est à Paul Dubois, au XIX^e siècle, que l'on doit la première description détaillée des vomissements dits « pernicioeux » de la grossesse. Son modèle se divise en trois stades :

- « 1) des vomissements irréductibles sont associés à une importante perte pondérale avec la présence fréquente d'une hypersalivation et d'une raréfaction des urines alors que le pouls peut déjà être accéléré.
- 2) les vomissements s'aggravent ainsi que la perte de poids et l'haleine devient très acide et fétide. Le pouls s'accélère davantage et une légère hyperthermie peut apparaître.
- 3) de façon transitoire, une amélioration apparente survient avec cessation des vomissements, prélude à l'apparition d'un état de délirium précédant de peu le décès à l'issue d'un coma ou de convulsions » (Baudrand, 2003, 108).

Aujourd'hui, le modèle de Dubois n'est plus utilisé dans son intégralité, en raison des avancées de la médecine dans les domaines du diagnostic et du traitement pharmacologie des symptômes indésirables de la grossesse. Ainsi, les conséquences graves et possiblement létales telles le délirium, le coma et les convulsions peuvent maintenant être évitées. Par contre, certaines des caractéristiques de ce modèle font toutefois partie de la définition symptomatique actuelle de l'hyperémésis gravidarum, définition que je présenterai ultérieurement.

Avec cette description de Dubois, était affirmée la possibilité d'une mortalité maternelle conséquente à l'apparition de vomissements sévères gravidiques. « À cette époque prévalait l'hypothèse selon laquelle les cas de décès rapportés dans ces conditions étaient la conséquence d'une forme de « toxémie » (Baudrand, 2003, 109), c'est-à-dire d'une accumulation dans le corps de poisons produit par l'organisme lui-même, ou encore provenant de l'extérieur du corps. À cet égard, Fairweather (1968) souligne l'important taux de mortalité associé à l'hyperémésis gravidarum il n'y a de cela que 50 ans. Sheehan, cité par Fairweather (1968) rapporte une étude autopsique constituée de 19 patientes décédées suite à des vomissements gravidiques, faisant état de diverses lésions :

- une atrophie cardiaque,

- des lésions rénales avec altérations mitochondriales (surcharge lipidique) au niveau du tube contourné proximal,
- diverses lésions au niveau hépatique (lesquelles sont apparues similaires à celles identifiées dans certains cas de décès par dénutrition),
- dans les cas de complications neurologiques, sont retrouvées des lésions cérébrales, à rapprocher de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke,
- dans quelques cas, il peut être noté des lésions hémorragiques rétiniennes dont l'étiologie est identique à celle semble-t-il des lésions cérébrales.

Selon Fairweather (1968), il faut attendre les progrès de la réanimation médicale, vers 1941, pour voir chuter de façon considérable le taux de mortalité lié à l'hyperémésis gravidarum.

2.2 L'hyperémésis gravidarum : aspects cliniques

Les nausées et les vomissements présents lors de la grossesse affectent 50% à 80% des femmes enceintes (Palmer, 1973; FitzGéreal, 1984; Deuchar, 1995; Simpson et al., 2001). Ces « malaises » que l'on nomme *morning sickness*, loin d'être problématiques, se veulent plutôt un signe « sympathique » de la grossesse. De façon générale, ceux-ci disparaissent spontanément environ à la 14^e semaine de gestation. Gadsby et coll. (1993) avancent que 80% des femmes constatent la disparition des nausées et des vomissements au cours de la première semaine du 4^e mois de grossesse. Cependant, dans une faible proportion, soit entre 0.05% et 2% de la population des femmes enceintes (Kallen, 1987; Simpson et al., 2001), les nausées et les vomissements s'aggravent et deviennent incoercibles, persistant au-delà des 16 semaines d'aménorrhée, se rendant ainsi responsables d'une perte de poids supérieure à 5% du poids initial, de déshydratation, d'acidose causée par le jeûne, d'alcalose par perte d'acide hydrochloridrique et d'hypokaliémie (Baudrand, 2003). Ainsi, l'hyperémésis gravidarum se définit comme :

des vomissements survenant au moment de la grossesse, apparaissant pour la première fois avant la 20^e semaine de gestation et qui en raison de leur

sévérité, requièrent l'admission de la patiente à l'hôpital; ces vomissements ne pouvant être associés à d'autres conditions tels l'appendicite ou le pyélitis. (Fairweather, 1968, 140).

Selon Reid (1962) cité par Fairweather, si les vomissements persistent et interfèrent avec l'équilibre des fluides, de même qu'avec les autres phases de la nutrition, cela s'avère potentiellement dangereux et anormal, et ceux-ci doivent être considérés comme des vomissements perniciox de la grossesse connus sous le nom d'hyperémésis gravidarum. Ainsi, à la définition de cette affection présentée ci-haut, s'ajoute un ensemble spécifique de symptômes physiologiques. Ceux-ci sont définis par Fairweather (1968) comme étant:

- 1) vomissements intractables,
- 2) débalancement des électrolytes,
- 3) perte de poids de 5% ou plus,
- 4) corps cétonique dans les urines
- 5) dommage au foie et au rein,
- 6) hémorragie rétinienne,
- 7) désordres neurologiques (sans autres spécifications).

Tel que mentionné précédemment, l'absence de traitement de l'hyperémésis gravidarum peut entraîner des conséquences fatales, tant pour la mère que pour le fœtus. Parmi celles-ci, la fin de la grossesse par avortement médical ou spontané, et la mort de la mère et/ou du fœtus (Simpson et al. 2001). Par conséquent, « en cas de déséquilibres sévères et non traités, cet état peut provoquer des pathologies polyviscérales et on a pu décrire des évolutions dramatiques vers la mort maternelle ou fœtale » (Baudrand, 2003, 110-111).

Il semble, de plus, que l'hyperémésis gravidarum ne soit pas une pathologie à caractère universel. Phyllis Leppert (1973) fait ressortir que la proportion de femmes *hyperémétiques* diffère d'un pays à l'autre. Ainsi, elle remarque un nombre plus élevé de femmes enceintes souffrant de ce trouble en France, en Angleterre et aux Etats-Unis, alors

que des pays comme l'Allemagne la Russie, les communautés Inuits, les tribus africaines, de même que les pays asiatiques présentent un nombre moins élevé de femmes atteintes. Les données actuelles² corroborent les informations avancées par Leppert (1973) quant à la variabilité de la proportion de femmes atteintes selon le lieu d'habitation. Ainsi, les observations démontrent une plus grande proportion de femmes enceintes souffrant d'hyperémésis gravidarum chez les populations urbaines, comparativement aux populations rurales. Selon Simpson et al. (2001), aucun symptôme spécifique de l'hyperémésis gravidarum n'aurait été observé chez des « sujets non humains » et, cette pathologie ne serait circonscrite qu'aux femmes de pays occidentaux.

2.2.1 Hypothèses biologiques et psychologiques de l'hyperémésis gravidarum

En parcourant les travaux concernant l'hyperémésis gravidarum, il est intéressant de constater la diversité de point de vue et les différentes hypothèses mises de l'avant, tant de la part de la communauté médicale que psychologique, quant à l'étiologie de ce syndrome. Il est toutefois intéressant de constater que pour certains auteurs (Simpson et al, 2001), l'hyperémésis gravidarum demeure un phénomène complètement « non identifié ».

Hypothèses biologiques

Il existe peu d'hypothèses biologiques pour expliquer le développement de l'hyperémésis gravidarum au cours de la grossesse. La principale identifie certains mécanismes physiologiques causés par des facteurs endocrinologiques. Parmi les tenants de l'hypothèse endocrinologique (Depue, 1988; Goodwin et al, 1994; Lagiou et al., 2003, Cohen et al., 2007), ce sont les concentrations élevées d'estradiol et d'HCG qui sont pointées du doigt. Ces auteurs s'appuient sur le fait qu'à une augmentation marquée d'HCG³ et d'estradiol correspond un pic des nausées et des vomissements, tant chez les grossesses gémellaires que molaires. Pendant longtemps, l'hyperémésis gravidarum a été considéré comme le fait de grossesse gémellaire, ce type de grossesse impliquant d'emblé un niveau plus élevé de ces deux hormones. Cette hypothèse s'est vue rapidement infirmée par

² Site internet www.hyperemesis.org

³ Hormone appelée chorionique gonadotrope. Elle est sécrétée par l'embryon, puis par le placenta. Elle a pour fonction d'inhiber la sécrétion de la LH et de la FSH.

l'ensemble des études sur le sujet, l'hyperémésis gravidarum se retrouvant dans des proportions similaires, tant chez les femmes enceintes de jumeaux que d'un seul fœtus. Par ailleurs, le fait que l'HCG soit impliquée dans une hyperthyroïdie au cours de la grossesse, phénomène qui exacerbe les vomissements du premier trimestre, contribue à appuyer l'hypothèse biologique de l'hyperémésis gravidarum. Toutefois, à elles seules ces hypothèses biologiques ne parviennent pas à expliquer, tant la présence que l'absence de cette affection au sein de la population de femmes enceintes.

Au-delà de ces hypothèses médicales, la plupart des recherches s'entendent pour accorder un intérêt particulier aux facteurs psychologiques (Fairweather, 1968; Uddenberg et al, 1971; Garfinkel et al, 1983; El-Mallakh et al, 1990; Iancu, et al, 1994), biologiques et sociaux (FitzGerald, 1994).

Hypothèses psychologiques

Sans chercher l'exhaustivité, nous tenterons, dans cette section, de présenter différentes hypothèses psychologiques concernant cette pathologie, et ce à partir des quelques études qui y ont été consacrées. Nous essaierons également de faire ressortir l'extrême complexité des composantes, à la fois conscientes et inconscientes, qui animent cette maladie de la grossesse. Les premiers auteurs qui se sont penchés sur l'étude de l'hyperémésis gravidarum au cours des années 1940-1950 (Robertson, 1946; Harvey et Sherfey, 1954) ont fait ressortir une forte association entre troubles de la fonction sexuelle, se traduisant par une forte aversion consciente au coït, et le développement de l'hyperémésis gravidarum. D'autres auteurs (Fairweather, 1956; Barrucand, 1968) ont fait remarquer, chez ces femmes, la présence d'une grande immaturité et d'une dépendance anormale à leurs mères. Haynal et Pasini (1984), quant à eux, qualifient les femmes présentant des vomissements gravidiques comme étant des femmes infantiles, dépendantes, suggestibles et hystériques. Pour Rheingold (1964)⁴ l'anxiété ressentie au moment de la grossesse, et l'échec de la femme enceinte à effectuer la transition de l'attachement de la mère vers l'attachement à l'homme s'avère être un facteur précipitant de l'apparition de l'hyperémésis gravidarum. Pour Uddenberg, Nilsson et Almgren (1971), l'expérience des nausées varie non seulement en fonction de facteurs

⁴ Cité dans Leppert, 1973.

purement endocrinologiques, mais aussi en fonction des caractéristiques de la personnalité ou des conflits psychologiques de la femme. Pour eux, les conflits qui surgissent lors de la grossesse contribuent à augmenter le degré de nausées et ainsi provoquer l'apparition de l'hyperémésis gravidarum

L'hypothèse de la présence de conflits psychologiques chez les femmes hyperémétiques, est celle qui a fait l'objet de la plupart des études menées à partir des années 2000. Parmi celles-ci, la recherche conduite par Cohen et al. (2007), fait ressortir que les femmes atteintes de vomissements incoercibles présenteraient une problématique orale marquée par la passivité et la dépendance, d'où le choix du symptôme des vomissements, ce dernier se référant à l'oralité. Dans leur étude, ils font ressortir plusieurs hypothèses sur les raisons d'apparition de ce syndrome, dont un des éléments essentiels est la présence de conflit psychique. Ils font ressortir que la grossesse n'est pas un état idéal pour toutes les femmes et que pour cette raison, celle-ci peut être infiltrée d'un conflit psychique inconscient opposant le désir et le non-désir de grossesse (ou le désir d'avortement) et le refus d'assumer ce non-désir. La femme se voit ainsi « obligée » de refouler ce conflit inacceptable, ce dernier pouvant se révéler à travers les symptômes de nausées et de vomissements gravidiques. Ces auteurs postulent que ce sont les relations primaires entre la mère et l'enfant, qui se jouant au moment de la grossesse, mettent en scène la sphère orale, celle-là même qui est impliquée dans les vomissements incoercibles. Dans le même ordre d'idées, ils rejoignent le point de vue de certains sociologues⁵ qui insistent sur l'effet du stress, des mauvaises relations conjugales, des conflits à l'intérieur de la famille et de l'absence de soutien comme éléments pouvant provoquer l'apparition de ce symptôme.

Une autre hypothèse mise de l'avant par Cohen et al. (2007) est celle de l'absence de la mère. Ils soulèvent le fait que devenir mère, c'est d'abord s'identifier à sa propre mère et par cette nouvelle identité s'inscrire dans la lignée féminine et maternelle familiale, en reprenant le flambeau de sa mère, de ses grands-mères et de ses aïeules. Par conséquent, disent-ils, l'absence de la mère au cours de la grossesse peut s'avérer problématique. « En effet, la mère apporte inconsciemment l'assentiment de la lignée féminine de la famille, elle est la maillon le plus proche de la patiente » (Cohen et al. 2007, 567). En l'absence de ce

⁵ Les auteurs ne font pas mention à quels sociologues et à quelles études ils font référence.

maillon, la future mère peut se sentir à la tête d'une nouvelle lignée, position qui a le pouvoir de générer une grande angoisse et pour cette raison, provoquer l'apparition de vomissements incoercibles.

Selon l'étude de Karpel et de Gmeline (2004), l'hyperémésis gravidarum a également à voir avec la présence d'un conflit d'ordre psychique. Pour ces auteurs, l'utilisation du corps comme expression d'un conflit psychique est typique de la névrose hystérique, l'emploi de la sphère orale visant à l'expulsion du mauvais objet au sens kleinien. Ils expliquent qu'une mère déprimée ou incapable de fournir à son enfant un environnement sécurisant, c'est-à-dire d'être pour lui une mère « suffisamment bonne », peut conduire le bébé à introjecter les parties faibles de sa mère, cherchant à les expulser hors de lui. Pour eux, il est donc primordial de situer l'hyperémésis gravidarum à l'intérieur d'un ensemble plus global d'affections liées à l'oralité tels les troubles alimentaires, de par la tentative que représentent ces troubles de restaurer le lien mère-enfant. Dans leur recherche, ils postulent que la sphère orale est le lieu privilégié d'expression des conflits lors de la grossesse et que lors de cet événement, ce sont les relations primaires entre la mère et l'enfant qui se rejouent, s'appuyant ainsi sur la position de Bydlowski à l'effet que la femme enceinte devra s'identifier à la mère des premiers soins pour devenir mère à son tour (nous développerons davantage cette position ultérieurement). Ainsi, selon eux, si l'absence de la mère se fait de façon trop brutale, se prolonge sur une trop longue période ou si la « mère bien que présente physiquement est absente psychiquement à son enfant, alors c'est à travers une fixation ou un symptôme oral que le bébé cherchera à réinventer la présence maternelle » (Karpel et de Gmeline, 2004, 629). Ici, se sont les défaillances de maternage et de holding qui sont mis en cause dans le développement de l'hyperémésis gravidarum. Pour eux, les vomissements gravidiques sont à considérer comme une tentative chez la femme hyperémétique de retenir sa mère auprès d'elle afin de « fantasmer une présence sécurisante, soit une possibilité d'identification pour être mère à leur tour » (Karpel et de Gmeline, 2004, 630).

Les hypothèses présentées ci-haut démontrent que l'hyperémésis gravidarum est une affection complexe qui demande l'exploration de plusieurs sphères de la vie des femmes atteintes, ces sphères étant intriquées les unes aux autres pour former ce réseau complexe

d'interactions à la fois psychiques et biologiques, attestant d'une interaction du corps sur l'esprit et de l'esprit sur le corps.

2.3 La récursivité : ou comment l'inconscient et le corps s'inter influencent

La récursivité du symptôme est un concept avancé par Sylvie Faure-Pragier pour expliquer l'enchevêtrement du psychique et du physiologique dans l'infertilité. Cette notion, d'abord introduite en physique puis en biologie, implique un mouvement de recherche de causalité différente, non plus linéaire, mais plutôt circulaire. Elle possède une dimension diachronique qui lui est propre, son organisation s'inscrivant dans la temporalité. Ainsi, au-delà d'une causalité linéaire et du simple feed-back, la récursivité est utilisée par Faure-Pragier comme modèle du cercle vicieux caractéristique de certaines stérilités, signifiant, par conséquent, que le psychisme peut produire des lésions organiques et inversement que certaines anomalies physiques peuvent avoir différentes répercussions sur le fonctionnement mental.

Un tel concept peut s'avérer tout à fait pertinent à la compréhension de l'hyperémésis gravidarum en raison de la nature à la fois médicale et psychologique de cette affection, d'autant que pour Faure-Pragier, l'acte reproductif est un axe particulièrement sensible à cet enchevêtrement du psychique et du physiologique. De plus, la plupart des auteurs dans ce domaine s'entendent pour avancer les nombreuses interrelations entre le corps et la psyché, rendant parfois difficile la découverte d'un point d'ancrage et de départ d'une pathologie, que celle-ci soit définie comme physiologique ou psychologique. Ici, nous ne rechercherons pas la cause de cette affection, à savoir si se sont les déséquilibres endocriniens ou certaines lésions physiologiques qui entraînent l'apparition de ces nausées et de ces vomissements incoercibles, ou à l'inverse si se sont des achoppements dans le développement psychique qui provoquent l'apparition de cette maladie chez certaines femmes enceintes. Nous tenterons simplement de sensibiliser le lecteur à la complexité des interactions corps-psyché dans cet acte qu'est celui de donner la vie.

L'avènement des différentes méthodes contraceptives, celles-ci procurant aux femmes une illusion de « contrôle » sur leur corps, amène la procréation du côté d'une décision de couple, planifiée, calculée et réfléchie, plutôt que de demeurer une surprise ou

une obligation sociétale, clivant ainsi les aspects ambivalents inhérents à toute grossesse. Conséquemment, les grossesses surviennent de plus en plus tardivement, amenant souvent la femme à douter de ses capacités de procréation. Pour Faure-Pragier, ce doute favorise l'émergence d'une colère contre la mère en tant qu'objet interne, de même qu'une régression de la femme à un sentiment d'incapacité ressenti jadis par la petite fille qui n'avait ni pénis, ni enfant. C'est ainsi que la partie persécutrice du psychisme se trouve déniée, inscrivant une boucle, les effets devenant tour à tour des causes en rétroagissant sur le conflit psychique qui les a provoqués. « On peut donc décrire une boucle récursive où les conséquences sont en même temps productrices du processus lui-même et où l'effet final est nécessaire à la génération de l'état initial ». (Faure-Pragier, 1997, 59). Pour Faure-Pragier, ce processus s'autoproduit, intégrant l'aspect physiologique et médical. Ce concept viendrait, dans le monde des stérilités, expliquer les guérisons dites magiques et que le monde médical ne peut comprendre. Ici, une perturbation légère qu'elle soit d'origine psychique ou physique, atteint l'ensemble du système de la femme de sorte que l'origine devient difficile à repérer, formant ainsi une boucle. « Seules les modalités de réversibilité du blocage pourront nous éclairer, dans l'après-coup, sur ses conditions de survenue » (Faure-Pragier, 1997, 60). Pour Faure-Pragier, ce concept est en mesure de rendre compte de bien d'autres mécanismes que les stérilités. « Les chercheurs ont ainsi noté que des affections médicales mettant en péril l'appareil féminin surviennent volontiers au cours de graves conflits adolescents (...), traduction psychosomatique d'une conflictualité qui, ne pouvant pas s'exprimer en termes de souffrance psychique, se joue dans le corps » (Bydlowski, 2000, 37).

La nature ambiguë de l'hyperémésis gravidarum quant à son étiologie, nous invite donc à percevoir ses conditions d'émergence comme une boucle récursive, démontrant ainsi « l'influence » du psychologique et du physiologique, évitant ainsi d'accorder la préséance à l'une ou à l'autre.

CHAPITRE III

CONTEXTE THÉORIQUE : GROSSESSE ET PSYCHANALYSE

3.1 Les premiers écrits psychanalytiques et les vomissements liés à la grossesse

La psychanalyse a peu abordé la question de la grossesse et des symptômes correspondants, avant les années 1940. Cependant, dès ses premiers balbutiements, femme et hystérie ont été associées dans une illustration plutôt pathologique. Ferenczi (1974), dans son article *Phénomènes de matérialisation hystérique*, se réfère à certaines notions freudiennes des « théories sexuelles infantiles » rappelant que l'inconscient, au moment de la grossesse, ramène à l'incorporation d'une substance par la bouche, offrant ainsi la possibilité à la femme de « (...) produire une grossesse imaginaire au moyen de tours de force appropriés, exécutés par la musculature de l'estomac, de l'intestin » (Ferenczi, 1974, 54). Il postule que la psychanalyse peut fournir une explication presque évidente des vomissements gravidiques : « leur apparition dans leur forme incoercible traduit une tendance à la défense ou à l'expulsion dirigée contre ce corps étranger, le fœtus, dont la présence est inconsciemment ressentie dans l'utérus, mais qui, suivant le modèle éprouvé, est déplacée du bas vers le haut et aboutit à l'évacuation du contenu gastrique » (Ferenczi cité dans Baudrand, 2003, 94). Il ajoute « que les vomissements ne cessent que dans la seconde partie de la grossesse, lorsque les mouvements de l'enfant ne permettent plus, même aux hystériques, de nier la localisation génitale des modifications et des sensations éprouvées, autrement dit lorsque le Moi de l'hystérique se résigne, qu'il accepte la réalité inéluctable et renonce à l'enfant stomacal fantasmatique » (Ferenczi, 1974, 56). Pour Karl Abraham (1925), les vomissements caractéristiques de la grossesse sont partiellement déterminés par la présence, chez la femme, d'une résistance à porter son enfant jusqu'au terme de la grossesse. Il ajoute que la variété des symptômes, due à un rejet inconscient des tâches féminines, démontre amplement l'importance de ce point de vue, rejet que la psychanalyse, selon lui, a été la première à identifier et à nommer.

Dans son travail sur la psychologie féminine, Hélène Deutsch (1945), attribue le désir de procréer à la fonction purement réceptive de la psyché féminine, celle-ci étant soutenue par les fonctions physiologiques. Deutsch fait ressortir l'importance des conflits psychologiques liés à la grossesse, affirmant que ceux-ci peuvent exacerber l'intensité des nausées et des vomissements jugés normaux, et qu'une grossesse exempte de symptômes ne signifie pas une absence de conflit, mais peut plutôt être interprétée comme un déni de celle-ci. Elle signale également que les « motions ambivalentes, déjà apparues pendant le coït des phases ultérieures du développement, s'intensifient tout au long de la grossesse ». Toutefois, il est normal pour la femme enceinte de ressentir de l'ambivalence. « Le conflit d'ambivalence relève de la phase orale tardive de développement (Abraham) et s'exprime par la tendance à réexpulser, par voie orale, l'objet incorporé. Cette tendance se manifeste par les vomissements et les éructations typiques de la grossesse, les envies alimentaires bizarres » (Baudrand, 2003, 95). Présentée sous cet angle, la femme enceinte et *hyperémétique* endosse une image potentielle de mauvaise mère. À cet égard, Carloni et Nobili (1981)⁶ évoquent le syndrome de refoulement d'idées filicides inconscientes. Pour ces auteurs, un tel syndrome se retrouve fréquemment au sein des névroses phobico-obsessionnelles où les objets phobiques sont: « la phobie du sperme, du fœtus, et, encore que ce soit moins courant, des enfants eux-mêmes, conçus comme des entités mauvaises, des petits parasites, des rongeurs, des sangsues, des hôtes envahissants et indésirables, des êtres démoniaques, des lutins maléfiques, des vampires insatiables » (Baudrand, 2003, 97). Ils ajoutent :

« Tout se passe comme si la femme enceinte oscillait entre des sentiments euphoriques d'enrichissement et des sentiments dépressifs d'appauvrissement. D'un côté la maturation sexuelle certifiée, le sentiment de complétude et d'autosuffisance, la hausse du prestige et de l'estime de soi, l'assouvissement d'anciennes envies et de jalousie, la réalisation concrète, exaltante, du rêve d'être deux dans un. De l'autre côté, la nostalgie de la jeunesse et de la dépendance, l'angoisse de la liberté perdue, le sentiment d'irréversibilité, la menace de nouvelles et lourdes responsabilités, la crainte de se sentir rivée à des tâches sans fin, à un esclavage sans espoir, la peur de devoir perdre sa beauté, son agilité, sa valeur érotique, de tomber malade, de se déformer, de mourir. Ces angoisses même si elles sont improbables et non fondées, serviraient à nier, à masquer ou rationaliser cette hostilité et cette révolte contre les enfants... tandis que certains symptômes bizarres et

⁶ Cité dans Baudrand, 2003, 97.

gênants comme les vomissements et les envies, constitueraient respectivement la traduction somatique et l'élaboration superstitieuse du même conflit de base entre le désir d'éliminer et la tendance à protéger le fœtus, entre l'aversion ou le refus inconscient et l'exigence consciente de créer, de protéger, de grandir : devenir mère, donc génitalement mûre, tout en étant encore aux prises avec d'intenses inclinations anales, visant à expulser l'enfant comme un excrément ou à l'incorporer comme une nourriture » (Carloni et Nobili, cités dans Baudrand, 2003, 97).

Cette image de la mère maléfique et de la mauvaise mère, est celle de la femme craignant l'évolution et l'accès à l'âge adulte par le devenir-mère. Selon Carloni et Nobili (1981), cette crainte s'exprime par la présence des vomissements au cours de la grossesse. Ce symptôme perpétue ici l'idée du rejet (inconscient ou non) de la grossesse, et potentiellement de l'enfant à naître, rejet que l'on prête si facilement aux femmes aux prises avec des vomissements gravidiques, d'où la présence chez celles-ci d'une grande culpabilité face à l'ambivalence dont l'enfant à venir est naturellement l'objet.

Les différentes hypothèses psychanalytiques concernant les vomissements liés à la grossesse nous amène donc à nous interroger sur la question du désir d'enfant. Que peut-on dire de ce désir, tant chez les femmes qui expérimentent des symptômes de nausées et de vomissements dits normaux que chez celles qui font l'expérience de l'hyperémésis gravidarum?

3.2 Changements induits par les méthodes contraceptives : faire ou ne pas faire un enfant, une question de désir?

La diffusion des méthodes contraceptives, de même que l'autorisation légale de l'avortement ont passablement transformé la dynamique de la venue d'un enfant. En près d'une génération, ces changements ont fait passer « (...) la grossesse de l'aléatoire au programmé, de l'inéluctable au volontaire. La maîtrise de la contraception entraîne l'illusion de celle de la conception » (Bydlowski, 1997, 92). Winnicott, en 1966, dans une lettre adressée à l'archevêque de Canterbury décrit les débuts de l'existence humaine. À cette occasion, il évoque la conception d'un enfant, non seulement comme un des stades essentiels de l'existence humaine, mais aussi comme un événement accidentel, une catastrophe bouleversante qui amène à la fois surprise et agacement. Par conséquent, pour Winnicott :

« cette catastrophe se transforme en son contraire lorsque les circonstances sont favorables et que les parents réalisent plus ou moins rapidement qu'ils avaient précisément besoin de cette catastrophe-là » (Winnicott, 1966, 79). Ainsi, malgré l'avènement de l'ère contraceptive, il semble que l'arrivée d'un enfant, même programmée, demeure une catastrophe, le seul changement se situant au niveau de la perception du contrôle, c'est-à-dire de l'impression, pour les futurs parents, de décider du moment de la conception d'un enfant. Cependant, « (...) dans les failles de cette programmation il devient simple de reconnaître l'action des forces qui échappent à la volonté, qu'il s'agisse d'infertilités incompréhensibles ou au contraire de conception hors programme » (Bydlowski, 1997, 92). Avec la programmation de la *parentalité* apparaît la question du désir d'enfant. Puisque toute grossesse est censée avoir été choisie et programmée, le désir doit bien y être pour quelque chose : « (...) comme si la transmutation d'une conception psychique en conception biologique était l'entreprise la plus évidente du monde. Pourtant, avec ou sans médicalisation, l'« alchimie » de la procréation reste un processus complexe; l'analyse des diverses facettes du désir d'enfant et de son histoire en révèle les fragilités et les paradoxes » (Roegiers, 2003, 17). Sullerot (1997) fait ressortir l'importance, pour les femmes, de leur « nouveau choix » d'accueillir ou non un enfant, poursuivant, sous un angle différent, la réflexion autour de cette notion qu'est le désir d'enfant. Elle mentionne : « ce que nous voulions donner aux femmes, ce n'était pas un passeport pour la licence, mais les moyens de dominer les aléas de leur propre corps, car elles portaient les enfants et en accouchaient (...). Nous souhaitons en faire de meilleures mères d'enfants désirés ». ⁷ Cependant, la question du désir d'enfant ne s'appréhende pas si facilement. Souvent, désir d'enfant et enfant désiré ne s'équivalent pas.

3.3 Du désir d'enfant à proprement parler...

Lorsque l'on aborde la question du désir d'enfant en psychanalyse, la voie utilisée est souvent celle de l'infertilité, des difficultés de procréation, comme si pour questionner ce désir il fallait en passer par la voie pathologique. Une des raisons est peut-être le fait que l'infertilité possède cette particularité de « (...) ramener sans cesse aux thèmes conflictuels de la sexualité et de la filiation, à la différence des autres maux physiques qui, venant remplir tout le champ des préoccupations du sujet, vont colmater ou camoufler ces conflits »

⁷ (Sullerot, 1997, cité dans Roegiers, 2003, 67)

(Bydlowski, 1997, p.68). De quel poids ce désir d'enfant est-il donc porteur? Que signifie désirer un enfant dans un contexte où les femmes ont désormais l'opportunité de ne pas avoir les enfants qu'elles ne désirent pas? Peu de notions sont aussi complexes et ambiguës que celle du désir d'enfant.

D'un point de vue social, le désir d'enfant est un concept qui est apparu dans la foulée de la révolution induite par la maîtrise de la contraception et de la dépénalisation de l'avortement (Bydlowski et Just, 1990; Delaisi et Verdier, 1994; Delaisi de Parseval et Janaud, 1983). Qu'en est-il du point de vue psychologique? Plusieurs auteurs ont développé une conceptualisation de ce désir. Certains seront présentés ici, dont Sigmund Freud, Monique Bydlowski, Claude Revault D'Allones, et Willy Pasini.

3.3.1 Le désir d'enfant chez Freud

À quel moment et de quelle façon le concept de désir d'enfant est-il apparu au sein de la théorie psychanalytique? C'est par l'intermédiaire du Petit Hans que Freud rencontre la question du désir d'enfant pour la première fois. Ce désir lui paraît, dans un premier temps, tout à fait impensable. Cependant, Freud reste interpellé par cette parole d'enfant « qui aimerait tant avoir des enfants ». C'est ainsi qu'à partir de 1914, attiré par la complexité et le caractère énigmatique de cette question, Freud en fait l'objet d'une problématique progressive dont une dizaine de textes lui sera consacré entre 1914 et 1937. Freud entame donc sa théorisation du désir d'enfant par la voie de sa théorie du narcissisme. Ici, le désir d'enfant s'inscrit dans le cadre d'un narcissisme général dont l'objectif est de retourner au narcissisme primaire : « L'amour des parents, si touchant et, au fond, si enfantin, n'est rien d'autre que leur narcissisme qui vient de renaître et qui, malgré sa métamorphose en amour d'objet, manifeste à ne pas s'y tromper, son ancienne nature » (Freud, 1914, 96). Toutefois pour Freud, cette version des choses n'est que provisoire. Quelques années plus tard, soit en 1917, il se voit dans l'obligation de modifier sa première conception et d'admettre qu'avant le primat du génital il existe une organisation pré-génitale à l'intérieur de laquelle le sadisme et l'érotisme anal jouent un rôle conducteur. La question du désir d'enfant s'en voit alors transformée, s'avérant, pour Freud, une notion plus complexe que ne le laissait sous-entendre sa première conception tirée de sa théorie du narcissisme. Sous ce nouvel éclairage, se

rencontre dans le désir d'enfant, non seulement une motion érotique anale, mais également une motion génitale (envie de pénis), où l'interchangeabilité des objets pulsionnels : excréments-pénis-enfant se veut le point d'ancrage de ce désir. Celui-ci s'inscrit donc à l'intérieur du complexe de castration, où le désir du pénis est fondamentalement identique à celui d'avoir un enfant, en plus de le précéder. Quelques années plus tard, en 1920, Freud écrit *Au-delà du principe de plaisir*, où il opère un virage important quant à ses conceptions antérieures. À partir de ce virage, il invalide ses théories précédentes sur le désir d'enfant, la compulsion de répétition l'amenant à réélaborer les données acquises. C'est ainsi qu'en 1923, dans *L'organisation génitale infantile*, Freud fait ressortir les deux conséquences majeures et conjointes qui découlent de la déception qui marque la fin de la vie sexuelle infantile. Dans un premier temps, il souligne qu'il n'existe pas un primat du génital, mais bien un primat du phallus, celui-ci ne prenant plus la signification de l'objet qu'est le pénis, mais plutôt celle de son représentant, le phallus, où celui-ci s'avère être un « (...) véritable concentré des élaborations fantasmatiques préalables » (Delassus, 2008, 98). Dans un deuxième temps, Freud ajoute que cet état de chose ne peut être décrit que chez le garçon étant donné que « (...) la connaissance des processus correspondant chez la petite fille nous fait défaut » (Freud, 1923, 115). Freud revient ici à la question de la castration, où le souci du garçon ne se traduit pas tant par le désir d'avoir des enfants, mais plutôt par celui de se préserver du danger de subir la castration. Par une telle affirmation, Freud met la table à la question du complexe d'Œdipe. Ici, il se heurte à la notion de la castration chez la fillette, où le matériel jusqu'alors recueilli devient plus « obscur et lacunaire ». C'est ainsi que l'anatomie devient le destin pour la fillette, cette dernière n'ayant d'autre choix que d'accepter la castration comme un fait accompli, vivant ainsi dans l'espoir qu'en grandissant elle obtienne un appendice aussi volumineux que celui du garçon. Pour Freud, la petite fille glisse le long d'une équation symbolique, du pénis à l'enfant, son complexe d'Œdipe culminant dans le désir longtemps retenu de recevoir en cadeau du père un enfant, et de le mettre au monde pour lui. Par conséquent, ces deux désirs qui visent « (...) à la possession et d'un pénis et d'un enfant demeurent fortement investis et aident à préparer l'être féminin pour son futur rôle sexuel » (Freud, 1923, 121).

Dans *La différence anatomique entre les sexes et l'envie du pénis* écrit en 1925, Freud pose les bases de la question du détournement de la petite fille de son premier objet d'amour qu'est la mère, pour trouver son chemin vers le père. Il souligne ici que le complexe d'Œdipe chez la fillette, contrairement à celui du garçon, est introduit et rendu possible par le complexe de castration et non soldé par ce dernier. C'est par le texte *Sur la sexualité féminine*, en 1931, que Freud tentera une réponse à cette question posée en 1925 : comment, quand et pourquoi la fillette s'est-elle détachée de sa mère? Cette question impose donc à Freud d'accorder une importance capitale à la phase préœdipienne de la femme, ce qu'il n'avait jamais fait jusqu'alors. Freud énonce donc plusieurs griefs de la petite fille envers sa mère dont l'issue est le désir de la mort de la mère. « La fille accuse régulièrement la mère de séduction (...) et si le père apparaît régulièrement comme séducteur sexuel, la responsabilité en revient, selon moi, dit Freud, à la mère qui ne peut éviter d'ouvrir la phase phallique de l'enfant. Avec le fait de se détourner de la mère, l'entrée dans la vie sexuelle a été aussi inscrite au compte du père » (Delassus, 2008, 103). Ainsi, nous dit Freud, ce détournement de la mère s'avère un mouvement essentiel à l'indépendance de la femme afin qu'elle puisse elle-même un jour avoir des enfants. C'est finalement, dans le texte de 1933 *La féminité*, que Freud va finaliser sa conception du désir d'enfant en énonçant les deux modalités de ce désir, c'est-à-dire faire un enfant pour la mère ou par la relation au père.

Ainsi, pour Freud, le désir d'enfant se veut le désir suprême à partir duquel peuvent culminer tous les autres. En abordant cette question, Freud fait particulièrement référence au désir infantile de la petite fille d'obtenir de son père l'organe masculin, désir reporté à l'âge de la maturité sexuelle « (...) par celui d'avoir un enfant, l'enfant devenant l'*ersatz* du désir de pénis. Cette proposition indique qu'un désir d'appropriation incestueuse interviendrait dans toute grossesse; que toute grossesse donnerait de la réalité à la présomption phallique de la fillette d'autrefois » (Bydlowski, 1997, 74-75). Après la naissance de l'enfant, ce désir, cette représentation maternelle, se voit refoulé. Cependant, note Freud, celui-ci fera toujours partie du capital initial de l'enfant.

3.3.2 Le désir d'enfant chez Bydlowski

Pour Monique Bydlowski (1997), désirer un enfant est un des mouvements les plus naturels du monde, entre autres parce que partagé avec les autres espèces. Néanmoins, il demeure un aspect mystérieux à ce désir, celui-ci contrastant avec la facilité naturelle de la reproduction dans les autres espèces. Dans cette optique, « le désir d'enfant serait la traduction naturelle du désir sexuel dans sa fonction collective d'assurer la reproduction de l'espèce et dans sa fonction individuelle de transmission de l'histoire personnelle et familiale » (Bydlowski, 1997, 139). Le désir d'enfant se présente souvent sous le couvert d'une démarche consciente, délibérée et parfois programmée. Cependant, ce désir se doit d'être distingué de la demande d'enfant faite au médecin, demande exigeante, voire agressive : « un enfant ou rien ». Celle-ci fait davantage référence à une démarche consciente, alors que le désir d'enfant, la psychanalyse le reconnaît, est inconscient (Delaisi, 1993; Bydlowski et Just, 1990; Dolto, 1984, 1982). Il prend sa source dans la pulsion et ne peut s'appréhender qu'au début d'une grossesse (Bydlowski et Just, 1990) et dans l'après-coup de la naissance de l'enfant (Delaisi, 1993). Par conséquent, ce projet conscient se voit toujours infiltré de significations inconscientes, celles-ci venant faire retour dans la personne de l'enfant, à la fois étranger et familier. « La venue d'un enfant traduit à l'état pur la mise au jour, la mise au corps de désirs inconscients » (Bydlowski, 1980, 85). Pour Bydlowski (2000), le désir d'enfant doit aussi être différencié du projet d'enfant et du désir de grossesse. Le projet d'enfant concerne d'abord et avant tout le couple dont il fonde souvent l'identité ou même l'existence. Dans ce sens, il ne recouvre pas entièrement le désir d'enfant, se faisant plutôt l'objet d'une idée consciente, claire et planifiée à l'aide de la contraception. Il a donc davantage à voir avec les valeurs et les idéaux provenant de la famille et du groupe social. Ainsi, le projet d'un ou de plusieurs enfants s'érige en accord ou en désaccord avec l'image de ses propres parents. Quant au désir de grossesse, celui-ci ne coïncide pas avec le désir d'enfant puisqu'il concerne davantage la capacité de procréation que le désir d'un enfant à proprement parler. « Bien des femmes désirent avant tout être enceintes pour s'assurer que la nature va bien tenir sa promesse » (Bydlowski, 2000, 56). La contraception vient donc ici jeter un doute sur la fertilité et la capacité reproductrice de la femme. Dès lors, la seule façon d'échapper à l'angoisse que fait naître ce doute peut être de produire une grossesse insensée

(géniteur inadéquat ou absent). Ces grossesses, nous dit Bydlowski, sont souvent suivies d'une demande d'interruption par avortement. Ainsi, dans la société post-révolution de la contraception, vouloir un enfant c'est cesser de le refuser activement, laissant jouer les forces inconscientes, celles-ci se faisant le catalyseur de l'élan biologique. « Mais le moi n'est pas maître chez lui écrivait Freud; souvent le conscient veut, et l'inconscient n'en fait qu'à sa guise, dans le domaine de la procréation comme ailleurs » (Bydlowski, 2000, 56). Suivant cette affirmation, comment comprendre une affection comme l'hyperémésis gravidarum dont seulement certaines femmes enceintes sont atteintes? Que peut-on dire de leur désir d'enfant?

Pour Bydlowski (2000), l'élan du désir d'enfant tire ses racines du mouvement d'identification qui lie la petite fille à sa mère des origines : « (...) cette mère ou cette fonction de mère, dévouement, source de vie, fontaine de chaleur et de tendresse, sans laquelle l'enfant tout petit ne pourrait survivre » (Bydlowski, 2000, 34). Par l'identification à cette première image, terre maternelle de référence, la petite fille désirera son premier enfant de sa propre mère. Il sera un « petit toi à aimer ». Toutefois, pendant l'adolescence, la jeune fille s'écarte de ce premier objet d'amour et d'identification qu'est la mère, pour se tourner vers le père et en désirer un enfant. Ce n'est que plus tard, par l'amour sexuel pour un autre homme, que la femme fera une tentative de synthèse de ses désirs anciens, en élaborant un projet d'enfant. Pour Bydlowski (2000), le désir d'enfant chez la petite fille résulte donc de la combinaison harmonieuse de trois composantes, soient : le lien à la mère d'origine, le désir phallique- ce vœu incestueux d'un enfant donné par le père, et enfin, l'amour sexuel pour un homme du présent. Conséquemment, pour cette auteure, toute aptitude à la maternité suppose la coïncidence de ces trois éléments.

De plus, Monique Bydlowski, inclut dans la question du désir d'enfant la notion d'inceste. Selon cette auteure, l'inceste ne représente qu'un seul versant du désir d'enfant, indiquant que l'Œdipe peut également se jouer sur le versant du même sexe. « En enfantant, une femme rencontre sa propre mère; elle la devient, elle la prolonge tout en se différenciant d'elle » (Bydlowski, 1997, 77). Pour Groddeck (1963), les femmes qui détestent leur mère n'ont pas d'enfant, puisque la haine vient entraver l'inscription dans la continuité, le désir de vengeance barrant ainsi toute transmission. « Sur ce versant homosexuel de la maternité, enfanter c'est reconnaître sa propre mère à l'intérieur de soi » (Bydlowski, 1997, 77). La

référence à l'image maternelle se veut donc nécessaire au « devenir-mère ». En témoigne la présence traditionnelle de femmes (sages-femmes) auprès des futures mères au moment de l'accouchement, visant ainsi l'instauration sociale de la référence maternelle. Cependant, certaines femmes sont incapables de se représenter le fait qu'elles sont faites de la même façon que leur mère, qu'elles sont issues de ce ventre, maintenant infécond, mais portant en elles tout de même cet identique. « Ce sont des femmes privées d'une référence maternelle originaire, des femmes auxquelles l'idéologie, le mythe, la légende, l'idéalisation de leur mère ont manqué » (Bydlowski, 2000, 39). L'idéalisation maternelle ne signifie toutefois pas toute-puissance maternelle. Au contraire, pour qu'une jeune femme puisse recevoir en elle l'enfant venant sceller la dette liant les deux femmes, elle doit être en mesure de s'identifier à la partie vulnérable de sa mère, nous dit Monique Bydlowski. Certaines femmes ne peuvent en effet, supporter qu'en les aimant, on puisse aimer quelque chose de leur propre mère en elles. C'est grâce à son identification à cette mère de tendresse que la femme peut devenir un objet d'attrait pour l'homme. Ces représentations maternelles préoedipiennes jouent donc un rôle considérable dans le désir de maternité, désir dont l'enjeu ne se conjugue pas uniquement avec le verbe avoir : avoir un enfant désiré du père, mais aussi avec le verbe être : « (...) être à l'image de la mère d'autrefois, maintenant affaiblie par l'âge et qui aura besoin que sa fille enfante à son tour » (Bydlowski, 2000, 41). Par ailleurs, Bydlowski, à l'instar de Groddeck (1963), nous fait remarquer que les femmes se situant sous le signe de la haine maternelle préfèrent souvent interrompre leur grossesse plutôt que de laisser s'installer une dette à l'égard de leur mère, dette qui leur faudrait reconnaître, ou encore de se faire l'aveu que ce premier enfant est l'enfant désiré de sa mère. Toujours selon le point de vue de cette auteure, le développement de la grossesse, avec les symptômes s'y rattachant : « (...) le corps qui s'alourdit, le geste qui se ralentit, le ventre qui grossit inéluctablement (...) » se fait le témoin de la transformation intervenue, conduisant ainsi à l'intrication de l'identification maternelle archaïque, de même que celle de la réalisation oedipienne. Ici, le corps de la femme s'augmente de l'enfant désiré du père, en même temps que le corps maternel flétri s'accroît. « Cette double perspective peut parfois être si catastrophique que seule une autre catastrophe vient y remédier : la mise en danger de l'enfant par une menace d'accouchement prématuré » (Bydlowski, 1997, 81). La mise à terme de la grossesse signifie donc que le miroir identificatoire avec la mère se trouble, troquant l'image de jeunesse pour laisser entrevoir

celle de la mère vieillissante à laquelle la jeune femme doit s'identifier dorénavant. Bydlowski nous fait remarquer ici que la question du vieillissement en miroir renvoyée par l'état de grossesse dépend de la façon dont la mère de la jeune femme enceinte a vécu ses propres grossesses sur le plan narcissique, car celle-ci peut se transmettre de mère en fille.

3.3.3 Le désir d'enfant chez Revault D'Allonnes

Selon Revault D'Allonnes (1991), le désir d'enfant a également affaire avec le social, dès son surgissement et dans son accomplissement, d'une part en raison de l'importance des modèles sociaux prévalant dans la société, modèles qui évoluent rapidement et qui nous influencent fortement. C'est ainsi que les dernières décennies ont vu se transformer le modèle familial, celui-ci passant d'une société d'enfants « envoyés par le ciel » à une société d'un ou deux enfants planifiés et programmés, formant une microstructure affective « (...) visant le bonheur du couple, en même temps que la réalisation personnelle de chacun de ses membres, un nouvel idéal particulièrement difficile à atteindre, plus peut-être que l'ancien, et de ce fait bien aléatoire...L'enfant fait partie de cet accomplissement » (Revault D'Allonnes, 1991, 51). D'autre part, de par les progrès de la médecine en matière d'infertilité. Par conséquent, la présence de modèles sociaux préexistants, de même que la technologie médicale participent toutes deux à l'érection du modèle parfait de la maîtrise de la fécondité. Cependant, l'enjeu ici est d'abord de savoir reconnaître son désir, ce qui ne représente pas une simple affaire, puisque, selon Revault D'Allonnes, celui-ci se situe « (...) au carrefour du pulsionnel et du social qui le sollicite, le met en forme, en facilite, sélectionne, inhibe l'émergence, la prise de conscience, le sens, la réalisation » (Revault D'Allonnes, 1991, 52). Contrairement au besoin qui demande une satisfaction immédiate, le désir demande avant tout d'être identifié et reconnu au terme d'un long travail afin de parvenir à se satisfaire. « Il n'existe pas sans le social : il vit et se soutient d'être, à l'articulation du pulsionnel et du social, l'incarnation conflictuelle de ce carrefour vivant » (Revault D'Allonnes, 1991, 52). Du discours manifeste des femmes nous entendons : « Je veux un enfant, oui je le veux » et souvent ce qui est observé, comme le fait ressortir Claude Revault D'Allonnes : « c'est une femme qui vomit de façon incoercible, prise entre le désir de garder et de rejeter, entre deux désirs contradictoires, entre le désir et la peur » (Revault D'Allonnes, 1991, 49). Pour Revault D'Allonnes, le désir d'enfant s'exprime à plusieurs niveaux : la parole de la bouche;

le corps qui ne dit pas par sa jouissance, sa souffrance, ses symptômes, la même chose que la bouche; et finalement ce qui n'est pas dit et qui loge à l'adresse du préconscient et de l'inconscient. Cette pluralité de niveaux fait ainsi ressortir toute l'ambivalence dont le désir d'enfant est porteur. « L'ambivalence, cette grande loi de la vie affective, augmente et se manifeste plus encore quand il s'agit d'un événement important, imminent, vécu dans le corps et réactivant des situations anciennes, comme sont ceux qui concernent la procréation et la parentalité (Revault D'Allonnes, 1991, 50). L'ambivalence est donc inscrite au cœur de tout amour humain, et l'amour maternel n'y fait pas exception.

3.3.4 Le désir d'enfant chez Pasini

Willy Pasini (1980), pour sa part, fait ressortir la présence, derrière de nombreuses formes de pathologies fonctionnelles de la grossesse, d'une difficulté à assumer le désir de grossesse dans ses deux dimensions, à savoir sa dimension consciente et inconsciente. « L'aménorrhée anovulatoire peut parfois cacher un désir de grossesse pathologique qui s'incarne dans le corps, de même que toute la pathologie des règles et même la grossesse nerveuse peuvent s'expliquer par un désir de grossesse conflictuel qui est aussi à la base de nombreux vomissements gravidiques ainsi que des demandes d'avortements répétés ou tardifs, c'est-à-dire après la douzième semaine » (Pasini, 1980, 119). En parlant des demandes d'avortements, Pasini, comme Monique Bydlowski, indique la présence d'un décalage entre les désirs de grossesse et d'enfants, au point où certaines femmes vont jusqu'à « provoquer » une grossesse, celle-ci se faisant le témoin de leur fertilité potentielle et parfois l'incarnation et la prolongation d'un grand amour. Or, lorsque la grossesse survient dans la réalité, l'image de l'enfant vient remplacer celle de la grossesse et parfois ne la prolonge pas. Conséquemment, l'enfant peut alors être perçu comme quelque chose de différent de la grossesse, pouvant aller jusqu'à incarner un obstacle s'opposant à la vie de la femme, entre autres sur le plan professionnel. Parfois, l'enfant à venir peut prendre l'image d'un rival « (...) sur le plan imaginaire en prenant la place de la composante infantile de la femme qui aura désiré sa grossesse comme un jeu » (Pasini, 1980, 118).

Le désir d'enfant se veut donc un concept complexe à appréhender de par son caractère inconscient. Freud s'y est heurté le premier avec tous les balbutiements qu'une telle

entreprise comporte, parvenant à la conclusion que le désir d'enfant chez la femme s'érige en référence au désir infantile de la petite fille d'obtenir de son père l'organe masculin, désir qu'elle reporte à l'âge adulte sur le désir d'enfant, ce dernier devenant l'*ersatz* du désir de pénis. En ce qui concerne Bydlowski, la question du désir d'enfant se décline en fonction de plusieurs dimensions, notamment celle de la relation à la mère des origines, le désir phallique d'un enfant donné par le père et l'amour sexuel pour un homme du présent. Quant à Revault D'Allonnes, le désir d'enfant se doit d'être inséré à l'intérieur d'un ensemble plus vaste que représentent les modèles sociaux et les progrès de la médecine en matière d'infertilité. Pour lui, l'enjeu est de savoir reconnaître le désir d'enfant et l'ambivalence qui y est attachée. Finalement, Pasini fait ressortir l'importante difficulté d'assumer le désir d'enfant dans ses dimensions à la fois conscientes et inconscientes. À l'instar de Bydlowski, il fait ressortir le décalage entre le désir d'enfant et celui de grossesse, désirs qui se différencient par leurs visées respectives.

Ainsi, tel que l'exprime la littérature, la question du désir d'enfant est délicate à appréhender en dehors de pathologies de la grossesse ou encore d'infertilité. Cependant, la grossesse en elle-même comporte ses propres enjeux, dont on ne peut exclure le désir d'enfant. Que peut nous enseigner la psychanalyse des enjeux typiques de la grossesse?

3.4 La grossesse et ses transformations psychiques

Tel que mentionné précédemment, la grossesse est un événement qui appelle à d'importants remaniements, ceux-ci débutant bien avant que la femme tombe enceinte. Cependant, à partir du moment où la grossesse devient un état réel, celle-ci affecte la femme, non seulement en son corps, mais également dans son univers psychique, provoquant du coup une série de transformations propres à ce moment, transformations temporaires qui disparaîtront avec l'accouchement.

Bibring (1961, 1969), se représente la grossesse comme une crise maturative, crise qu'elle compare à celle de l'adolescence en raison de l'exagération de la conflictualité et des remaniements psychiques résultants. Pour cette auteure, cette « crise » de la maternité prend une double valence : d'une part, elle est évolutive et d'autre part, elle induit une extrême vulnérabilité, celle-ci comportant des risques de distorsions vers la psychopathologie. « Une

profonde déstructuration et une réorganisation du sens d'identité de la femme ont lieu, car celle-ci peut vivre les changements dus à la grossesse comme une menace à son intégrité » (Ammaniti, Candelori, Pola et Tambelli, 1999, 8). Il en est de même pour Bydlowski (1991) pour qui la période de la grossesse peut être entendue comme le moment « (...) d'un état psychique particulier, un état de susceptibilité ou de *transparence psychique* où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience » (Bydlowski, 1991, p. 137). Bydlowski pousse sa réflexion plus loin, allant jusqu'à relier cet état de transparence psychique au phénomène qui, cliniquement, caractérise les graves affections psychiques telle la psychose. Or, cet état particulier, induit par la grossesse, est vécu par la femme enceinte comme un événement tout à fait ordinaire. Ceci rejoint le concept de préoccupation maternelle primaire de Winnicott auquel nous reviendrons. À l'instar de Bibring et de Bydlowski, Pines (1972, 1982) considère la grossesse comme une étape fondamentale de la construction de l'identité féminine, en raison de la possibilité qu'elle offre à la femme d'élaborer, de façon substantielle, le processus de séparation-individuation par rapport à sa propre mère. Par conséquent, la grossesse peut être considérée, après l'adolescence, comme le troisième mouvement de séparation-individuation d'après la description élaborée par Malher en 1975. Dans cette optique, la femme parvient, par la maternité, « (...) à une individuation d'elle-même plus grande et mieux articulée en tant que femme et mère, grâce à une différenciation de ses propres limites et de son espace intérieur par rapport à sa mère, à son partenaire et autres figures significatives » (Ammaniti, Candelori, Pola et Tambelli, 1999, 9).

Une telle crise mobilise, selon Bydlowski (1997), non seulement une importante quantité d'énergie, mais réveille également de l'anxiété, de même que des conflits latents. Ainsi, qu'il s'agisse de l'adolescence ou de la grossesse, la crise se présente comme une recherche et un engagement vers de nouvelles virtualités. « En fait, cette crise contient sa propre capacité évolutive et contribue au processus de formation d'une identité nouvelle » (Bydlowski, 1997, 93). Cette nouvelle identité s'actualise ici, pour la femme enceinte, par le passage d'une identité simple de femme, à une double identité, à la fois de femme et de mère.

Le processus de transparence psychique ainsi amorcé par le développement d'une grossesse inclut, pour Bydlowski, deux éléments principaux, tous deux présents quel que soit le stade de la grossesse. Le premier élément consiste en un état relationnel particulier qu'elle

considère comme un état d'appel à l'aide latent et quasi permanent. Ici, la femme enceinte se positionne comme à l'époque de son adolescence, soit dans une situation d'appel envers un référent, développant ainsi une aptitude particulière au transfert. Le second élément révèle une corrélation entre la situation de gestation actuelle et les remémorations infantiles. De quelles émotions de la petite fille d'autrefois, l'état de grossesse se fait-il le porte-parole? La transparence psychique permet à cette situation remémorative d'émerger sans soulever un mouvement de résistance important. « Cette authenticité particulière de la vie psychique est perceptible dès les premières semaines de grossesse. L'état de conscience paraît alors modifié et le seuil de perméabilité à l'inconscient comme au préconscient abaissé » (Bydlowski, 1991, p 140). À cette occasion, d'anciennes reviviscences mnésiques, de même que des fantasmes régressifs apparaissent à la conscience sans rencontrer la barrière du refoulement. Bydlowski explique cet état psychique particulier par la présence d'un désinvestissement libidinal des thèmes qui ne concernent pas la nouvelle condition psychique de la femme enceinte, condition fondamentalement narcissique. S'observe alors un certain monothématisme en lien avec ces reviviscences et ces fantasmes. Ici, contrairement à toutes attentes, l'enfant à venir ne constitue pas le thème dominant du discours de ces femmes. Celui-ci est davantage marqué par des fantasmes à caractère incestueux ou de régression orale. S'expriment également des thématiques invasives et de chasse aux impuretés, ou encore un deuil ancien, qui à cette occasion, fait l'objet d'une élaboration accélérée. Selon Held (1960), la grossesse se veut un moment où « tous les vieux résidus totémiques, manducatoires et incorporateurs, dont l'origine se perd dans la nuit des temps phylogénétiques les plus anciens, sont verbalisés » (Held, 1960, cité par Bécache, 1993, 85). Ainsi, au moment des entretiens, les contenus du discours sont particulièrement nostalgiques et centrés sur l'enfant d'autrefois plutôt que sur l'enfant à naître, les fantasmes le concernant tenant une place restreinte, parfois nulle. Ce silence concernant l'enfant à venir exprime l'érotisation dont il est porteur. Il est l'objet d'une passion silencieuse; le silence de la passion amoureuse et du bonheur intime, souligne Bydlowski. Il est donc voué au secret, la femme enceinte se positionnant sous le signe de la rêverie. Cette passion se suffit à elle-même puisque son objet n'est pas extérieur à soi, mais intérieur, au cœur simultanément du ventre et du psychisme maternel. Pour Ammaniti (1992), la grossesse amène une plus grande perméabilité entre le domaine somatique, par plusieurs modifications d'origine hormonale, de

même que par des transformations corporelles causées par la présence grandissante du fœtus, et le domaine mental. Cet état se manifeste chez la femme enceinte par une oscillation entre se replier sur elle-même, dans le but de se retirer dans une sorte de fusion avec son fœtus, ainsi que par le mouvement identificatoire à une mère attentive qui saura prendre soin de l'enfant. « Cette double identification de la femme avec celui qui prend soin et celui qui reçoit les soins, rappelle l'union infantile désirée et idéalisée avec la mère. Par la grossesse, la femme se trouve donc dans une position singulière, puisqu'elle est en même temps fille de sa mère et mère de son enfant » (Ammaniti, et al, 1999, 9).

La grossesse et son cortège de transformations, à la fois physique et psychique, demandent à la femme une grande capacité d'adaptation. À cet égard, Bibring (1961, 1982) parle de deux importantes « tâches adaptatives », celle-ci étant reliée avec deux stades de la grossesse. La première tâche fait référence à l'acceptation de l'embryon et ensuite du fœtus en tant que partie intégrante de soi. Il s'agit d'une expérience psychologique de fusion avec le fœtus, celle-ci persistant jusqu'à la perception des premiers mouvements fœtaux. La seconde tâche adaptative, quant à elle, amène la femme à réorganiser ses relations objectales et à se préparer à la naissance-séparation de l'enfant qui est en elle. Pines (1972-1982), fait également ressortir l'importance de fragmenter le processus d'accès à la maternité en stades. Ici, elle détermine quatre stades dont les deux premiers concernent plus précisément la grossesse. Le premier stade, comme celui de Bibring, s'étend de la conception aux premiers mouvements fœtaux, faisant ressortir ici l'importance des modifications de l'image corporelle et du soi. « Pendant cette période, des symptômes psychosomatiques apparaissent souvent, tels que la nausée et les vomissements, qui sont l'expression de conflits par rapport à la grossesse et d'ambivalence envers le fœtus. Les vomissements peuvent en effet représenter une tentative inconsciente de la femme pour expulser l'embryon et rétablir la condition précédente » (Ammaniti, et al, 1999, 12). Le deuxième stade décrit par Pines débute avec les premiers mouvements fœtaux et s'étend jusqu'aux dernières phases de la grossesse. Cette période est marquée par la perception progressive du fœtus comme une entité à part entière et différenciée de soi. Cette période provoque généralement chez la femme enceinte de fortes angoisses de perte. Selon Pines, les fantaisies conscientes et inconscientes de cette période sont à relier aux théories sexuelles infantiles : « (...) l'enfant acquiert alors une physionomie

dévorante qui peut détruire l'intérieur du corps de la mère, ou bien le fœtus peut être perçu comme un produit fécal qu'il faut expulser » (Ammaniti et al, 1999, 12). Les deux derniers stades concernent la période de l'accouchement et des premiers moments avec l'enfant né. Le point de vue de Raphael-Leff (1993) quant la grossesse est aussi digne d'intérêt. Cette auteure divise la grossesse en trois périodes en proposant une similarité entre ces stades et les phases de la relation mère-enfant de Malher et ses collaborateurs (1975). La première phase édictée par Raphael-Leff : l'inactivité vigile correspond à la phase autistique normale chez Malher. Ici, la femme, comme Bibring et Pines l'ont affirmé précédemment, doit accepter le fœtus comme une partie d'elle-même, la mère et l'enfant à venir vivant dans une union « symbiotique ». Le deuxième stade concerne la perception et l'individuation du fœtus dans l'esprit de la mère. À cette étape, l'enjeu pour la mère est de parvenir à faire la différence entre elle-même et son enfant. Finalement, le troisième et dernier stade, selon Raphael-Leff, se conclut avec l'accouchement en un rapprochement de la mère avec son nourrisson.

Ainsi, la grossesse se veut un moment de crise maturative, où la sphère psychique de la femme enceinte est soumise à d'intenses transformations. Ce sont ces transformations qui permettent à la femme de traverser cette étape importante et de rendre à terme l'enfant qu'elle porte. Pour la plupart des femmes, l'expérience de la grossesse est celle d'une rencontre intime avec elle-même par la capacité d'érotiser une partie interne de soi. « Cela explique le silence sur l'enfant de la plupart des jeunes femmes enceintes. Si, au contraire, l'équilibre narcissique est ébranlé par l'expérience de la gestation, d'intenses préoccupations peuvent surgir » (Bydlowski, 2000, 93). Celles-ci peuvent s'exprimer sous la forme de plaintes et de maux somatiques, tels les nausées et les vomissements, de préoccupations anxieuses et d'hypervigilance, se faisant le témoin de l'ébranlement de la confiance de la jeune femme en elle-même. Cette érotisation muette du bébé intérieur se retirera progressivement après la naissance.

3.5 La procréation dans l'univers féminin selon Ferraro et Nunziante-Cesaro : au-delà d'une crise

Pour Fausta Ferraro et Adèle Nunziante-Cesaro (1990), toute procréation et éventuellement toute naissance s'inscrivent à l'intérieur d'une double temporalité : linéaire et

circulaire. La temporalité linéaire permet l'instauration de l'ordre des générations en insérant l'enfant à venir à l'intérieur d'une structure disposée à l'accueillir, soit la famille. Quant à la temporalité circulaire, elle fait référence au cycle naissance-vie-mort, cycle propre au féminin puisqu'il est régi par le temps biologique, notamment celui des menstruations, temps marquant le rapport à la fertilité. La reproduction sexuée ramène à la mémoire de l'Homme le destin auquel il est inévitablement voué, c'est-à-dire la mort. Par conséquent, la seule façon pour l'être humain d'échapper à cette caducité est de laisser des traces de son passage et de son histoire. Deux possibilités s'offrent alors selon Ferraro et Nunziante-Cesaro: se perpétuer à travers l'œuvre ou encore par les êtres auxquels est transmise et confiée la vie que l'on a reçue. En raison de la possibilité qu'offre son corps d'en contenir un autre et de donner la vie, la seconde possibilité se vit différemment pour la femme.

De façon générale, la grossesse « indique le temps propre à l'inconscient, le temps circulaire du retour du refoulé qui recoupe le temps historico-chronologique et se manifeste dans le rêve, dans les symptômes, dans l'acte manqué » (Ferraro et Nunziante-Cesaro, 1990, 194). À cet égard, la grossesse représente une modalité qui offre à la femme la possibilité de parcourir à nouveau et de répéter sa propre relation à l'origine et à l'objet primaire qu'est la mère. La grossesse se révèle ainsi une condition psychologique dans laquelle la frontière entre les représentations conscientes et inconscientes se fait plus labile, d'où la possibilité pour le refoulé de trouver une issue et de s'actualiser. Par conséquent, l'enfant à venir se retrouve pris à l'intérieur d'un réseau où s'entrecroise le temps projectuel du désir conscient, c'est-à-dire celui où la venue de l'enfant est programmée, et le temps répétitif du désir inconscient où il vient réincarner l'histoire et l'organisation psychique parentale par laquelle son propre psychisme sera éventuellement formé. Pour ces auteures, toute conception représente un point central se situant au carrefour de l'événement et de la répétition. Le temps qui s'incarne au cours de la grossesse représente donc un temps particulier dans la vie d'une femme où plusieurs moments se succèdent et se chevauchent tout à la fois. Cette période permet l'émergence de différents fantasmes, dont ceux de corps plein et d'enfant imaginaire.

3.5.1 La fantasmatisation du corps plein et de l'enfant imaginaire au cours de la grossesse

L'arrêt des menstruations constitue le premier signe annonciateur d'une grossesse. Cette perte et ce manque de sang menstruel signalent à la fois l'ouverture et la fermeture du corps de la femme : ouverture du fait qu'il en accueille un autre, et fermeture puisque le corps qui se sature ne se représente plus comme un seul corps, mais plutôt comme un deux dans un. Ainsi, se met en route le processus de la maternité, dont l'instauration viendra déranger l'ordre psychophysiologique habituel de la femme. Pour Ferraro et Nunziante-Cesaro (1990), ces changements au niveau des catégories spatio-temporelles provoquent une labilité importante des limites intérieur-extérieur, de même qu'entre celles du Moi maternel et du fœtus. Selon ces auteures, la période de la grossesse apparaît comme un temps indéfini malgré sa linéarité chronologique imposée par les lois biologiques du corps. Elle s'inscrit donc à la croisée entre le temps à reculons de la régression, et le temps progressif du projet. Dans cette optique, la grossesse s'enracine dans le corps de la femme. Elle donne le signal de départ à une réactivation pulsionnelle dans laquelle réémergent des stades libidinaux différents. Par conséquent, elle réinstalle le rapport oral d'incorporation avec l'objet, « elle réactive la position anale centrée sur l'avoir/faire un don et contenir un trésor ou un poison, elle porte à son achèvement le désir phallique d'avoir un pénis et celui, oedipien, d'avoir un enfant du père, en outre qu'elle concrétise le fantasme *féminin* du corps plein » (Ferraro et Nunziante-Cesaro, 1990, 207). Toutes ces transformations de l'appareil psychique de la femme se reflètent à l'intérieur de son corps au rythme des modifications physiologiques provoquées par la présence de cet « étranger » que se veut l'enfant à naître. Ainsi, le corps de la femme enceinte devient la scène où se représente la vie pulsionnelle : « c'est un corps qui parle, qui s'hystérise » (Ferraro et Nunziante-Cesaro, 1990, 207).

Les symptômes qu'exprime généralement la grossesse soient les nausées et les vomissements, révèlent deux types de résistance selon Ferraro et Nunziante-Cesaro. D'une part, ils manifestent l'opposition du corps à l'intrusion par un autre corps, et d'autre part la résistance psychique à la mutation; la haine envers l'enfant à naître venant troubler l'équilibre psychique préexistant. Tous ces symptômes peuvent être reliés à la réactivation des circuits archaïques de la libido. Ils se rattachent également aux théories sexuelles infantiles ayant trait à l'origine des enfants, symbolisant ainsi une tentative d'expulsion du fœtus par

l'intermédiaire de la voie buccale ou anale. Certaines femmes enceintes n'expérimentent pas ces symptômes. Souvent celles-ci « s'orgueillissent » de cet état, y voyant généralement une syntonie entre les deux corps qui instaurent la symbiose, ou ne se voit tout simplement pas abîmées par l'implantation de l'autre « (...) comme si elles avaient surmonté un risque déstructurant, sans en avoir été affectée » (Ferraro, Nunziante-Cesaro, 1990, 207). Par contre, cette absence de symptômes peut parfois être accompagnée du sentiment de ne pas être enceinte. Pour ces auteures, ce type d'absence représente une forme de déni lié à l'ambivalence, caractéristique du premier trimestre de la grossesse. Il permet également d'éviter d'investir libidinalement l'enfant, notamment dans les cas où la poursuite de la grossesse pourrait être remise en question. L'absence de symptôme peut également être perçue comme un temps de suspension de la reconnaissance de la transformation qu'induit généralement l'état de grossesse. Ici, le fait de ne pas avoir l'impression d'être enceinte peut être entendu comme l'expression du temps nécessaire dont la femme a besoin afin d'élaborer l'angoisse qui dérive de la réactivation pulsionnelle, de même que de la suspension du refoulement qui s'engendre au cours de la grossesse.

Le fantasme de corps plein, qui s'incarne en cette période, s'articule autour de l'enfant de l'inconscient c'est-à-dire, celui qui prend chair dans le corps de la femme. Il est la représentation qui traverse l'ensemble des états du développement libidinal et autour duquel s'articulent les identifications archaïques et oedipiennes à la mère. Il est l'enfant signe de l'intégrité et de la puissance du corps, de même que de la créativité maternelle, en plus de constituer le gage à restituer en échange de ce que l'on a reçu, ce que Monique Bydlowski identifie comme la dette de vie. Finalement, il représente l'enfant de l'Œdipe, c'est-à-dire celui que la femme a désiré du père. Articulé autour de l'enfant de l'inconscient, s'engendre l'enfant fantasmatique; celui qui porte les manifestations de ce parcours, de même que tous les nœuds qui ont tissé l'histoire du psychisme de la mère. Pour Lebovici (1983), l'enfant fantasmatique, en plus d'être le résultat des dynamiques et des conflits oedipiens, se fait également le représentant des conflits préoedipiens avec la mère. Cette histoire de conflits refait surface au cours de la grossesse, étant donné la charge pulsionnelle liée à la représentation de l'enfant inconscient parce que celui-ci prend corps, tant physiologiquement que psychiquement.

Le temps de latence mentionné précédemment a donc pour objectif de permettre, l'élaboration de l'angoisse causée par la réactivation pulsionnelle et la suspension du refoulement, en plus d'autoriser l'élaboration du désir absolu qui sous-tend tout désir d'enfant. Dans cette optique, Ferraro et Nunziante-Cesaro (1990) citent Monique Bydlowski : « le désir d'enfant peut être entendu comme le lieu de passage d'un désir absolu. Ce qui est désiré, ce n'est pas un enfant, c'est le désir d'enfant (désir d'enfance), réalisation d'un souhait infantile » (Ferraro, Nunziante-Cesaro, 1990, 207). Par conséquent, ce qui est désiré au cours de la grossesse relève de l'impossible réalisation de l'« Infans Merveilleux », ce que Serge Leclair (1975) nomme « représentation narcissique primaire », et qui contient tous les souhaits, de même que l'ensemble des attentes parentales. Les auteures signalent le caractère immortel de ce désir puisque celui-ci se transmet à travers les générations. Ici, la conception de l'enfant a pour but d'incarner ce désir dans la réalité. Toutefois, celui-ci ne pourra être que partiellement satisfait en raison de l'écart entre l'enfant de l'inconscient et l'enfant réel, d'où la nécessité d'effectuer le deuil de l'enfant de l'inconscient.

À l'instar de Bydlowski (1997), Ferraro et Nunziante-Cesaro, croient que lorsque la femme est enceinte de la représentation de l'enfant de l'inconscient c'est comme si, en quelque sorte, elle se portait elle-même. Elle est enceinte d'elle-même, de la petite fille qu'elle a été dans la représentation de sa mère. Elle incarne donc le double infantile qu'elle porte en elle. Pour Freud (1914) et Otto Rank (1973), le double prend la signification d'un prolongement immortel du sujet, en même temps qu'il revêt l'image perturbante de sa propre mortalité. La femme enceinte s'inscrit donc dans un réseau de double : celui de l'immortalité-mortalité, celui du double maternel où la femme doit reconnaître sa propre mère en elle, figure à laquelle elle doit s'unir afin d'être en mesure d'engendrer à son tour, et finalement la double identification prégénitale et oedipienne à la mère, celle-ci mettant en scène la propre gestation de la femme. À cet égard, la grossesse représente un moment où « (...) trois générations coïncident dans un corps, se confondent dans un temps où le passé et le futur s'actualisent dans le présent » (Ferraro, Nunziante-Cesaro, 1990, 210). Ferraro et Nunziante-Cesaro, font remarquer que certaines femmes se voient dans l'impossibilité de reconnaître leur mère en elles, ce que Perrier (2008), dans son ouvrage *La chaussée d'Antin*, nomme les amatrides. Ces auteures affirment qu'il est impossible pour ce type de femme de parvenir à la

procréation. Or, si elles y parviennent, elles procréent en feignant de le faire, tentant ainsi de maintenir le plus longtemps possible le processus de dénégaration. Ce déni se symbolise, entre autres, par une absence de parole concernant leur grossesse. Leur discours est davantage organisé autour de thèmes fixes et répétitifs (excluant l'enfant à venir et leur grossesse) frôlant le rituel obsédant. L'équilibre psychique de ces femmes se fonde donc sur la nécessité de conserver un contrôle omnipotent, tant sur les personnes que sur les événements, court-circuitant de fait toute présence d'élément nouveau, y compris l'enfant à venir. Elles tentent constamment de ramener ces éléments à quelque chose de connu et de prévisible. Par conséquent, aucune place n'est accordée aux fantasmes sur l'enfant à venir en raison de la dangerosité pouvant émerger du désir. Celui-ci, s'il parvient à être exprimé, peut mettre en péril la planification de la vie psychique de la femme. Ici, on se heurte à un univers clos où se manifeste une carence globale de la vie fantasmatique. Au moment où l'enfant, par ses premiers mouvements fœtaux, signifie sa présence et sa vitalité autonome, commence alors à émerger, chez la femme, le désir urgent d'accoucher et d'expulser le bébé. « La réactivation du circuit archaïque de la libido, la proximité fusionnelle avec l'axe maternel sont tellement angoissantes qu'elles semblent donner lieu à ce que Michèle Montrely, à la suite de Lacan, définit comme *censure*, c'est-à-dire un effet d'absence de représentation à la place de laquelle reste un blanc » (Ferraro et Nunziante-Cesaro, 1990, 212).

Ainsi, l'absence de symptômes révèle un certain mutisme du corps de la femme à l'intérieur duquel s'instaure un malaise. Celui-ci se manifeste par un recours quasi rythmique à l'échographie, comme si la femme se voit dans l'obligation de suppléer à ce manque par le recours à une technologie extérieure : l'échographie. Le recours répété à ce mécanisme peut, au surplus, traduire une motivation d'ordre narcissique, permettant ainsi à la femme d'exhiber l'enfant comme un phallus. Pour Luce Irigaray (1977), l'utilisation fréquente de l'échographie est à entendre comme un désir de pénétrer le corps matrice « (...) de le révéler au regard à travers une représentation qui est immédiatement une mise à distance, dans une domination toute puissante de l'aura de mystère qui préside à la conception (...) »⁸

⁸ Irigaray cité dans Ferraro et Nunziante-Cesaro, 1990, 213.

Ferraro et Nunziante-Cesrao signalent que leurs recherches ont permis de confirmer le peu d'expression, chez les femmes enceintes, de fantasmes concernant l'enfant à venir. Ici, la pauvreté fantasmatique exprime non seulement le déni caractéristique du premier trimestre de la grossesse et qui parfois peut se perpétuer au-delà de cette période, mais également la crainte de la déception face à l'enfant né. Tout se passe comme si ces femmes mettaient en acte un deuil précoce au niveau fantasmatique tout au long de leur grossesse, afin d'éviter le deuil de l'enfant imaginaire.

Les modifications du corps de la femme pendant la grossesse revêtent également une importance capitale au niveau de la vie fantasmatique. Celles-ci influencent non seulement l'image du corps de la future mère, mais également le déroulement ultérieur de la grossesse. Ici, la femme peut réagir de deux façons : premièrement, elle peut répondre par une réaction de complaisance narcissique, où la découverte de la prise de poids et du ventre qui grossit fait naître un sentiment de bonheur; deuxièmement, le corps peut au contraire, être considéré comme le signe, la marque d'un corps qui se déforme, d'où la présence généralement remarquée chez ces femmes d'une crainte de ne pas se reconnaître. Ici, la transformation de l'image du corps s'effectue selon une double vectorialité : « le corps qui ne manque rien (...) dans lequel la plénitude de l'être qu'il représente appelle puissamment le fantasme phallique (...) » (Ferraro et Nunziante-Cesaro, 1990, 214) et à un autre niveau, un corps qui se déforme, entraînant ainsi la nécessité, de même que la difficulté, de faire le deuil de la précédente image de soi. À cet égard, les auteures font remarquer l'importance de la signification du corps pour la femme en tant que représentant narcissique par excellence. Par conséquent, les modifications corporelles qui résultent de la grossesse et qui sont perçues de façons négatives peuvent provoquer l'émergence d'un ressentiment pour l'enfant à naître, celui-ci étant considéré comme la cause de ce renflement du corps. Dès lors peut s'inscrire dans le psychisme de la future mère la possibilité de l'assassinat de l'enfant de l'inconscient. Si les auteures, ont remarqué une carence de fantasme à propos de l'enfant à venir au cours de la grossesse, elles signalent, au surplus, que les phases finales sont teintées par un fantasme qui s'impose à toutes les femmes, c'est-à-dire celui de l'enfant mal formé. « Si sur ce fantasme viennent converger, au cours de la grossesse, les sentiments hostiles et agressifs envers l'enfant, l'« enfant difforme » des phases finales semble prendre le caractère

spécifique de « représentant de l'excès », du corps plein » (Ferraro et Nunziante-Cesaro, 1990, 214). De là peut émerger, chez la future mère, le désir d'accoucher et d'expulser « l'enfant monstre ».

3.6 Grossesse et mouvement de séparation

Chantal Lechartier-Atlas (2001) présente la grossesse comme une expérience qui met en scène le lien le plus intime et le plus durable qui peut exister entre deux êtres vivants, la mère et l'enfant qu'elle porte. À l'instar de Monique Bydlowski (1997) et de Fausta Ferraro et Adèle Nunziante-Cesaro (1990), Lechartier-Atlas signale l'intensité du travail psychique à l'œuvre au cours de ce temps de la vie d'une femme. Par contre, pour elle, la grossesse se veut un moment teinté par le temps de la séparation et de la rupture du lien, thème qui selon son point de vue, se retrouve au centre du discours des femmes enceintes. Comme Bydlowski, elle associe la période de la grossesse à une crise féconde où s'enclenche un processus d'élaboration ou de réélaboration d'une séparation fondamentale. La grossesse vient donc s'incarner dans de multiples registres en plus de conditionner à la fois la vie psychique de la mère, sa relation à ses imagos parentales, à son image corporelle, de même que la relation à son compagnon et à son enfant à naître. Elle note le caractère accéléré de cette crise, comme si tous ces bouleversements devaient se jouer dans un temps compté, à l'image de celui qui régit la croissance du fœtus.

À travers son expérience clinique, Chantal Lechartier-Atlas présente deux types d'identifications généralement observables chez la femme enceinte. La première s'effectue avec le fœtus, figuré par le fantasme de retour au ventre maternel. Ce fantasme vient ici supprimer la distance séparatrice entre le moi de la mère et le fœtus, favorisant ainsi la nidification de ce dernier. Cependant, « la prise de conscience de ce fantasme accompagne et favorise le travail de séparation, vécu comme un arrachement, pour culminer dans l'identification à une mère qui accouche » (Lechartier-Atlas, 2001, 439). Ce passage d'une identification à l'autre peut provoquer, chez certaines femmes, des mouvements dépressifs intenses, un vécu de solitude ou encore d'abandon et de culpabilité. Quant au second mouvement identificatoire, celui-ci se réalise avec l'homme qui pénètre et qui féconde. Dans cette optique, l'auteure fait ressortir l'importance de la connaissance du sexe de l'enfant

attendu et de son rôle à l'intérieur de ce mouvement de remaniement. L'attente d'une fille semble accentuer la crainte de ne pouvoir s'extraire de la mère, alors que celle d'un garçon impose *de facto* une différence. À ce sujet, l'auteure rapporte les propos d'une jeune mère enceinte d'un garçon : « C'est mon bébé, il sortira de moi, mais lui, il vivra des choses que je ne connaîtrai jamais, c'est très difficile à imaginer » (Lechartier-Atlan, 2001, 440).

Les modifications de l'image corporelle revêtent ici, tout comme pour Ferraro et Nunziante-Cesaro (1990), une importance capitale en ce qui concerne le déroulement de la grossesse. Par contre, pour Lechartier-Atlan, ces modifications viennent imposer à la femme enceinte un important travail de différenciation. À cette occasion, les théories sexuelles infantiles resurgissent comme une défense contre l'Oedipe et la prégenitalité. « Il n'est pas différent pour la vie psychique du futur bébé que sa mère puisse faire ce travail de prise de possession interne d'elle-même qui passe par la perception d'un éprouvé corporel nouveau progressivement mis en représentation psychique » (Lechartier-Atlan, 2001, 440). Ici, la grossesse oblige la femme à effectuer un mouvement de différenciation sur les changements qui se produisent à l'intérieur de son corps et de son ventre. L'auteure fait remarquer que certaines femmes présentent une crainte de vomir le bébé ou encore de le rejeter par voie anale lorsqu'elles sont affligées de gastro-entérite au cours de leur grossesse. Cette question, s'orientant autour de la différenciation, peut être entendue comme une régression défensive ou encore comme une reprise dynamique qui s'exprime dans le langage de l'analité : « je ne vais jamais le laisser sortir, il va sortir comme un suppositoire ». Ainsi, pour Lechartier-Atlan, la grossesse se présente comme l'occasion de parcourir l'équivalent fèces-pénis-enfant.

Sur le plan psychique, Lechartier-Atlan considère la grossesse comme une mise à l'épreuve des limites de la future mère. Ainsi, il n'est pas rare de constater chez la plupart des femmes enceintes l'existence d'un conflit entre le moi et « l'étranger » que constitue l'enfant à naître et qui envahit tout le psychisme de la mère. La présence de ce conflit semble se manifester par les malaises caractéristiques du premier trimestre de la grossesse, soit les nausées et les vomissements. Ceux-ci viennent témoigner de la non-résolution de ce conflit et peuvent, de plus, expliquer la présence de fausses couches spontanées chez certaines femmes. Le statut psychique du fœtus est ardu à préciser, étant donné la charge d'investissement dont

il est l'objet dans le fantasme de la mère, et du fait qu'il est à la fois objet invisible et réel, ne serait-ce que par les modifications corporelles qu'il provoque. Il vient mettre au jour tous les schèmes archaïques de traitement de l'objet psychique interne : « incorporation orale dans sa dimension éventuellement destructrice ou expulsion projective qui entrent en conflit avec le désir de nidification » (Lechartier-Atlan, 2001, 443). Par conséquent, la période de la grossesse en est une où les fantasmes viennent hanter le psychisme de la future mère. Ici, « le pouvoir de donner la vie fait flamber la mégalomanie infantile et réveille les fantasmes de toute-puissance donnant à l'ambivalence un poids inquiétant » (Lechartier-Atlan, 2001, 443). Dans cette optique, la femme enceinte devra mener plusieurs luttes, dont celles entre le moi et le non-moi, l'amour et la haine et finalement entre la vie et la destructivité. Celles-ci se font en quelque sorte le gage de la survie de l'enfant à venir. En effet, au moment de la grossesse la femme se doit de lier la haine dans une dialectique où domine la vie et à l'intérieur de laquelle il sera possible d'installer un mouvement masochique, gardien de la vie du fœtus et source du masochisme maternel. La grossesse représente donc un événement où la femme doit se confronter à l'expérience la plus radicale qui soit de la passivité. Celle-ci se traduit par le fait que le fœtus, de par son développement, s'impose à la future mère dont la vie s'ordonne, pour cette période, autour de la vie de quelqu'un d'autre : « suis-je encore moi avec cet autre en moi ». Parfois, le bébé peut prendre la signification d'un agresseur tellement le conflit entre passivité et activité se fait prégnant, et ce, même dans les grossesses les plus désirées et les mieux vécues.

La séparation d'avec le fœtus, qui s'installe dès les premières semaines de la grossesse, ne se matérialise qu'au moment de l'accouchement. L'angoisse provoquée par cette épreuve physique est certes causée par la réalité de cette expérience, mais elle est également celle où les fantasmes pèsent souvent plus lourd que la réalité de cette angoisse. Au cours de sa grossesse, la femme mène une lutte interne afin de cohabiter avec son enfant. À la fin de cette période, la séparation est imminente. Celle-ci peut venir raviver les désirs meurtriers du début de la grossesse. Ici, le travail d'intégration de la pulsion anale ou de liaison prend toute son importance. « Le désir qu'il sorte est-il un vœu de vie ou de mort? Pourrai-je investir ce non-moi, enfin devenu un peu moi, quand il sera sorti de moi? » (Lechartier-Atlan, 2001, 447). Telles sont les questions que Chantal Lechartier-Atlan fait

ressortir de son expérience clinique. Pour elle, la grossesse se veut un moment marqué par d'intenses mouvements de violence dont font partie les phobies d'impulsions, les fantasmes d'infanticides ou de maltraitance. Il semble que ceux-ci occupent une place importante à l'intérieur de l'économie psychique de la jeune mère, culminant ainsi au moment de l'accouchement.

Les questions du désir d'enfant, de même que des enjeux et des remaniements qu'induit toute grossesse, nous amène à nous pencher sur deux concepts à l'intérieur desquels s'insèrent ces questions et qui incarnent les changements identitaires concomitants à l'expérience de la grossesse : la maternité et la maternalité.

3.7 Comment la maternité « flirte-elle » avec la folie?

Pour la plupart des femmes et des couples, la naissance d'un enfant est souvent un immense bonheur. Toutefois, ce bonheur constitue une expérience paroxystique en ce qu'elle consiste à donner la vie, émouvant ainsi le corps et bouleversant le cœur. « Les mots défailent à supporter cette expérience, comme à en rendre compte. Cela surgit, envahit, dépasse dit (...) Anne Bouchard-Godard » (Natacha Boureykoff, 1997, 9).

En 1956, Winnicott décrit la « préoccupation maternelle primaire » comme une maladie ou encore comme un état psychiatrique. Cette condition psychologique de la femme se développe graduellement pour atteindre son maximum au moment de la grossesse, notamment lors des derniers mois, se poursuivant au-delà de celle-ci et se prolongeant jusqu'à quelques semaines suivant la naissance de l'enfant. Les femmes qui présentent cette condition psychologique particulière paraissent davantage perturbées; elles sont hypersensibles, à fleur de peau, repliées sur elle-même, centrées sur leur état et sur leur enfant à venir, excluant ainsi tous autres intérêts. Même si Winnicott associe cet état de repli à un état de dissociation d'un épisode schizoïde ou de fugue, il n'en demeure pas moins qu'il la définit également comme une maladie « normale » dont les femmes se remettent, et qui permet à la mère de s'identifier à son enfant et de s'adapter aux besoins de celui-ci. Winnicott soutient que la mère doit être en bonne santé pour atteindre un tel état et pour se remettre de l'abandon qu'implique cette fonction maternelle. Il affirme, au surplus, que toutes les mères ne connaîtront pas nécessairement cet état psychique avec tous leurs enfants. À titre

d'exemple, Winnicott présente le cas des mères qui, prises dans un « complexe de masculinité », se voient dans l'impossibilité de s'abandonner à cet état particulier caractéristique de la préoccupation maternelle primaire, en raison de leur intolérance à une certaine passivité et à la régression. Les travaux de Winnicott sur la relation mère-enfant ont su démontrer toute l'ambivalence dont ce type de relation est empreint. À cet égard, il rejoint Racamier :

« L'amour maternel n'est nullement le corps pur et idéal, le sentiment simple, sans mélange et sans conflits, que l'on se plaît à imaginer. C'est au contraire un sentiment complexe, ambivalent et ambigu, où se mêlent étroitement l'amour et l'agressivité, l'investissement d'autrui et celui de soi, la reconnaissance de cet autrui et la confusion avec lui » (Racamier, 1978, 42).

Bydlowski (2000), quant à elle, fait ressortir l'expérience d'isolement que peut représenter la maternité pour certaines femmes. Malgré le caractère individuel de cette expérience, Bydlowski insiste sur la nécessité du concours et de la chaleur d'autres femmes : mères, sœurs, collègues de travail, d'autres femmes s'incarnant dans la réalité actuelle et représentant les références au passé. Par conséquent, l'identification à une image maternelle positive est essentielle et éminemment recherchée par la jeune femme qui attend un enfant. À cet égard, « (...) il est démontré que les menaces d'accouchement prématuré (Mamelle, Lauzon, Lazar, 1984; Mamelle, Munoz, 1987) sont plus fréquentes chez les femmes restant à leur foyer qui ne bénéficient pas du support identificatoire naturel des collègues de travail, suppléant à la dispersion des liens de la famille, proche ou élargie » (Bydlowski, 2000, 20). Ici, le conjoint est certes un bon interlocuteur, mais celui-ci est lui-même préoccupé par l'anticipation de son nouveau rôle paternel.

Ainsi, les conditions de la vie moderne, où l'isolement des femmes entre elles favorise l'émergence d'un plus grand désarroi face à l'acte de donner la vie, amène cet acte du côté d'une certaine solitude. Or, l'accès à une identité de mère demande la présence d'une transmission maternelle à travers l'expérience de la grossesse et de l'accouchement.

3.8 La maternalité ou comment la maternité vient aux femmes...

La maternité, de par les transformations somatiques qu'elle entraîne (métaboliques, endocriniennes, anatomiques, etc), se veut un événement psychique intense. Racamier

(1969), à la suite de Benedeck (1959), et comme Bydlowski le fera plus tard (1997) la décrit comme une des phases du développement libidinal de la femme, au même titre que la puberté ou la ménopause. La maternalité est un concept développé par Racamier à la fin des années 1970. Ce concept est défini en tant qu'«ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité » (Racamier, 1978, 43). Racamier soutient que le processus de maternalité ne se développe pas toujours lors de la première maternité. Ce processus peut, en effet, se poursuivre sur plusieurs maternités successives. Il affirme également que l'avènement de la maternité n'engage pas nécessairement celle de la maternalité; « (...) celle-ci peut se trouver différée, voire même escamotée par le moi qui s'en défend énergiquement (...) » (Racamier, 1978, 43).

S. Stoleru (1996) définit la maternalité en mettant davantage l'accent sur l'aspect intrapsychique de celle-ci, qu'elle soit ou non associée à la maternité physiologique, plutôt que sur le processus développemental. À cet égard, « la maternalité est à la maternité ce que la réalité interne est à la réalité externe. En effet, tandis que la maternité se définit dans la réalité externe de préparatifs en vue de concevoir un enfant, d'une grossesse, d'une naissance, puis d'une relation mère-enfant, la maternalité se définit par le fonctionnement psychique en relation avec ces mêmes événements. « Aussi définissons-nous la maternalité d'un sujet comme l'ensemble organisé de ses représentations mentales, affects, désirs et de ses comportements en relation avec son enfant, que celui-ci soit à l'étape de projet, attendu au cours de la grossesse ou déjà né » (Natacha Bourekoff, 1997, 14). Ces représentations, affects et désirs plongent leurs racines dans l'enfance de la future mère comme le soulignent Freud, et tous les auteurs psychanalytiques présentés ici.

3.9 Les styles maternels au cours de la grossesse

À travers le parcours évolutif de la grossesse, il ressort que l'une des plus grandes tâches de la femme enceinte est d'affronter la construction d'une nouvelle identité, d'une nouvelle image d'elle-même en tant que mère avec son enfant, tout en conservant celle de femme. Les dix dernières années ont vu apparaître, selon Ammaniti et al. (1999) plusieurs recherches concernant les relations précoces mères-enfants (Rapahel-Leff, 1983, 1985, 1986, 1995; Smith 1990). Celles-ci se sont plus spécifiquement penchées sur la période de la

grossesse dans le but de déterminer une continuité entre le style maternel qui se développe au cours de la grossesse et le maternage qui sera donné ultérieurement à l'enfant à sa naissance. « Les résultats de ces recherches ont mis en évidence la présence de différents styles maternels qui influencent non seulement les fantaisies, les représentations, les convictions et les attentes pendant la grossesse, mais aussi la relation précoce entre mère et enfant » (Ammaniti, et al, 1999, 18).

La psychanalyste anglaise Joan Raphael-Leff (1995) est l'auteure d'un modèle qui positionne le style maternel sur un continuum composé de trois orientations : la mère facilitante (facilitator), la mère ambivalente (reciprocator) et la mère régulatrice (regulator). Elle souligne que les styles facilitante et régulatrice constituent des positions extrêmes et que celles-ci apparaissent rarement de façon pure. Par conséquent, il y a souvent coprésence des trois orientations, même si les traits fondamentaux de ces styles se présentent avec une certaine stabilité, et ce, dès le début de la grossesse, se fixant ainsi jusqu'à la naissance de l'enfant. Pour Raphael-Leff, il existe autant de réponses à la grossesse que de femmes enceintes, d'où la nécessité d'offrir un modèle flexible afin de répondre aux changements émotionnels et socio-économiques survenant au cours d'une même grossesse, et/ou au cours de grossesses subséquentes. Ces catégories ne prétendent pas faire office de diagnostic, de jugement de valeur ou de stéréotype, mais plutôt de modèle illustrant différents styles de réponses à la maternité.

3.9.1 La mère facilitante

Selon le modèle de Raphael-Leff, la mère « facilitante » considère la maternité comme une expérience venant consolider son identité féminine; elle se sent enrichie par cette expérience. « Elle s'abandonne à la régression qui lui permet de vivre cette union fusionnelle avec le fœtus pour s'identifier à lui et revivre la fantaisie d'union avec la mère de son enfance » (Ammaniti et al. 1999, 19). Ici, la mère commence à se différencier de son enfant à venir à la suite des premiers mouvements fœtaux. Commence alors un dialogue intérieur avec l'enfant, celui-ci devenant un compagnon de route imaginaire semblable à celui de son enfance. Elle commence donc à lui attribuer un sexe, un nom et des caractéristiques personnelles. Selon Raphael-Leff, la grossesse de la mère « facilitante » est marquée par

l'apparition de conflits à propos de la dépendance, de l'envie et de la rage envers la fertilité maternelle, l'amenant ainsi à différencier sa propre identité de celle de sa mère. C'est l'élaboration et la résolution de ces conflits qui amènent la mère « facilitante » à montrer sa grossesse avec orgueil « (...) lui permettant ainsi d'accepter les changements et de se préparer à l'accouchement et à la naissance de l'enfant avec l'idée de l'allaiter et d'en prendre soin le plus longtemps possible » (Ammaniti et al., 1999, 19). Selon Ammaniti (1991), au niveau intrapsychique, la mère « facilitante », aurait tendance à idéaliser tant la maternité que l'enfant à venir. Pour ce faire, elle aurait recours à des mécanismes de défense telles les négations de sa propre imperfection et de celle de l'enfant. Cette idéalisation l'amènerait donc à renoncer à ses besoins personnels en dehors de ceux ayant trait à la maternité, fuyant ainsi ses sentiments profonds d'envie, de rivalité et d'hostilité « (...) en adoptant un système d'illusion partagée afin de nier la séparation et de recréer la fusion » (Ammaniti et al., 1999, 19).

3.9.2 La mère régulatrice

La mère « régulatrice » de son côté considère la grossesse comme un passage obligé pour avoir un enfant. Les transformations corporelles de la grossesse l'incommodent, elle se sent gênée par celles-ci. Il en est de même pour les transformations d'ordre psychique dont elle se défend par le recours à des mécanismes de défense telle la rationalisation. « Elle cherche inconsciemment à éviter la régression ainsi que l'expérience mentale de la fusion avec le fœtus, celui-ci étant souvent perçu comme un parasite ou un intrus qui l'absorbe et qui veut l'éloigner de ses engagements de travail » (Ammaniti et al., 1999, 19). Contrairement à la mère « facilitante », pour qui les premiers mouvements fœtaux viennent renforcer son plaisir d'être enceinte, la mère « régulatrice » perçoit ces mouvements comme une présence étrangère. Elle souhaite être considérée comme une femme « normale », refusant tout traitement de faveur et toutes considérations réservés en général aux femmes enceintes. À partir de cet instant, les fantaisies concernant le fœtus sont limitées et la mère attend impatiemment le moment de la délivrance par l'accouchement. De plus, elle manifeste de grandes angoisses au niveau génétique, en plus de nourrir toutes sortes de préoccupations quant à l'accouchement. Selon Rapahel-Leff, cette anxiété peut être le résultat d'une élaboration insuffisante des ambivalences de la mère. Ici, l'accouchement est vécu comme

une expérience menaçante et souvent programmée. « Chez la mère « régulatrice », la grossesse paraît réactiver d'anciens conflits et blessures liés à l'envie pour les tendresses qui lui ont été refusées et qui sont maintenant dirigées vers l'enfant, ainsi qu'aux sentiments d'avidité dirigés vers sa propre mère » (Ammaniti, 1991 cité dans Ammaniti, et al., 1999, 20).

3.9.3 La mère ambivalente

La mère « ambivalente » est consciente de ses sentiments ambivalents envers sa grossesse, et ce, dès le début de celle-ci. Elle oscille entre une grande joie d'être enceinte, en même temps qu'elle le regrette, entre autres, en raison des changements survenant tant au niveau professionnel que dans sa vie personnelle, sa vie de couple et familiale. Bien qu'excitée à l'idée de devenir parent, la mère « ambivalente » a de la difficulté à anticiper de façon réaliste les changements que la maternité va entraîner dans sa vie. La grossesse est considérée ici comme un événement ajoutant chaleur et richesse à l'expérience de chacun des membres du couple sans toutefois se laisser dominer par celle-ci. Au cours du premier trimestre de grossesse, la mère « ambivalente » tente de conserver un équilibre entre les changements de son monde interne et psychique et le monde extérieur dans lequel elle poursuit sa vie, travaille et dans lequel elle élèvera son enfant. La principale caractéristique de ce style de maternité est la capacité de demeurer consciente, à tout moment, de son ambivalence et de ses contradictions internes.

L'ensemble des écrits présentés dans le précédent contexte théorique fait ressortir l'intensité avec laquelle la grossesse et les remaniements qu'elle provoque sont vécus, à la fois au niveau physiologique et psychologique. Les symptômes typiques de la grossesse comme les nausées et les vomissements ont fait l'objet de différentes explications et hypothèses, sur le plan médical et psychologique. Nous avons choisi d'explorer la grossesse et le symptôme de l'hyperémésis gravidarum à la lumière des quelques recherches menées sur les causes et les significations possibles de ce symptôme. Les écrits psychanalytiques au sujet de la grossesse sont exposés et discutés. Nous nous sommes également intéressée au développement et à l'accès à la *maternalité*, concept à l'intérieur duquel s'inscrit le moment de la grossesse.

Ce que nous retenons des études récentes conduites sur l'hyperémésis gravidarum est le rôle attribué au conflit psychique chez la femme hyperémétique. Tel que le font ressortir les recherches de Cohen et al. (2007) et de Karpel et de Gmeline (2004), le conflit psychique lié à l'ambivalence de la grossesse et le rejet du fœtus serait l'élément à la base des vomissements gravidiques de la femme enceinte. Ces deux études postulent des failles de la relation mère-enfant à la base de cette pathologie de la grossesse. Ils insistent sur l'absence de la mère à son enfant, que celle-ci soit d'ordre physique ou psychique, provoquant des failles au niveau de l'identification maternelle de la future mère. Par ailleurs, Karpel et de Gmeline (2004) ajoutent que pour certaines femmes souffrant de vomissements gravidiques, la présence d'une problématique psychique plus archaïque est observée, prenant la figure d'une position abandonnique dans laquelle la femme a pu se sentir délaissée, non désirée par sa mère. Karpel et de Gmeline (2004) identifient donc une défaillance au niveau du maternage et du *holding* au sens de Winnicott, interprétant ainsi les vomissements incoercibles gravidiques comme une angoisse de séparation d'avec la mère, celle-ci se jouant au moment de la grossesse. Ils considèrent ainsi, ce type de vomissements comme une façon pour la femme enceinte de « (...) retenir leur mère auprès d'elle afin de fantasmer une présence sécurisante, soit une possibilité d'identification pour être mère à leur tour » (Karpel et de Gmeline, 2004, 630).

Ces différentes hypothèses rejoignent la position de plusieurs auteurs psychanalytiques au sujet de cet événement que représente la grossesse. Les questions de la relation à la mère, de l'identification maternelle et du processus de séparation avec celle-ci se sont avérées primordiales à notre questionnement. Ainsi, plusieurs auteurs (Bydlowski, 1991, 1997; Ferraro et Nunziante-Cesaro, 1991; Lechartier-Atlan, 2001) s'entendent pour affirmer l'intense mouvement de remaniement, à la fois physique et psychique, qu'impose à la femme l'état de grossesse. Ce remaniement tire ses racines dans l'enfance, plus particulièrement de l'expérience que la future mère a eue avec sa propre mère. Ces auteurs relèvent le rôle universel du processus d'identification maternel dans toute grossesse. Si le processus identificatoire a été marqué par des ratés, alors le déroulement de la grossesse peut s'en voir affecté. Karpel et de Gmeline (2004), s'appuient sur Bydlowski et sur le rôle primordial de l'identification à la mère des origines, à la mère des premiers soins dans le bon déroulement

de la grossesse. De manière plus précise, Bydlowski, insiste sur l'identification à la partie vulnérable de la mère des origines comme élément essentiel à la grossesse. Ainsi pour Karpel et de Gmeline (2004) une absence trop brutale ou trop longue de la mère ou des antécédents d'accidents obstétricaux personnels ou maternels, peuvent se traduire par des achoppements identificatoires à l'origine d'un sentiment d'ambivalence plus important chez certaines femmes enceintes, d'où l'apparition de vomissements incoercibles typique de l'hyperémésis gravidarum.

La question du sentiment d'ambivalence que fait surgir la grossesse est une question délicate en raison de la signification négative qui lui est d'emblée attribuée. Cette ambivalence est toutefois identifiée par tous les auteurs présentés ici comme une composante naturelle de l'amour humain, y compris de l'amour maternel. Un point important soulevé par tous est le rôle joué par la difficulté pour la future mère d'accepter ce sentiment d'ambivalence envers le fœtus, difficulté pouvant aller parfois jusqu'au déni. Tant Ferenczi (1974), Deutsch (1945), Carloni et Nobili (1981), Bydlowski (1997, 2000), Lechartier-Atlan (2001), Pines (1972, 1982) que Ferraro et Nunziante-Cesaro (1990) affirment le rôle joué par l'ambivalence dans le développement des nausées et des vomissements chez la plupart des femmes enceintes, prises entre le désir d'éliminer le fœtus et celui de le protéger. Cependant pour Ferraro et Nunziante-Cesaro l'absence de symptôme au cours du premier trimestre d'une grossesse est à comprendre comme une forme de déni de l'ambivalence, où la femme évite d'investir libidinalement l'enfant à venir en raison de l'angoisse qui provient de la réactivation pulsionnelle de la grossesse. Selon elles, pour certaines femmes, ce temps de suspension s'avère nécessaire afin d'élaborer cette angoisse que fait naître la grossesse. Bydlowski, quant à elle, parle davantage du silence des femmes enceintes au sujet de leur enfant à venir comme le signe d'une passion amoureuse, de la rêverie dans laquelle entrent toutes femmes enceintes, n'y percevant pas, contrairement à Ferraro et Nunziante-Césaro, un déni de l'état de grossesse, mais plutôt un état semblable à ce que Winnicott a identifié comme la préoccupation maternelle primaire.

Une affection telle l'hyperémésis gravidarum pose également la question du désir d'enfant, ce dernier s'avérant une question complexe en raison de son caractère inconscient. Il revêt toutefois ici un rôle de premier plan, ce désir ne s'interrogeant souvent qu'au détour

d'une pathologie de la grossesse ou de stérilité inexplicée. Tant Freud (1914;1917;1923;1925;1931;1933), Bydlowski (1991, 1997), Revault D'Allones (1991) que Pasini (1980), s'entendent pour affirmer la source pulsionnelle et l'ambivalence dont le désir d'enfant est porteur. Pour Bydlowski, il est primordial de différencier le désir d'enfant de la demande d'enfant, celle-ci faisant plutôt référence à une démarche consciente; du projet d'enfant, ce dernier ayant davantage à voir avec le couple dont il fonde souvent l'identité; et du désir de grossesse, dont le but est de s'assurer de la capacité du corps à se reproduire. Pour cette auteure, le désir d'enfant résulte de la combinaison harmonieuse de trois composantes : le lien à la mère des origines, le désir phallique d'un enfant donné par le père et l'amour sexuel pour un homme du présent.

Revault D'Allones, ajoute une composante à la notion de désir d'enfant proposée par Bydlowski. Selon elle, en plus d'une composante pulsionnelle, il existe une composante sociale importante au désir d'enfant par le choix qui s'offre aux femmes et aux couples d'aujourd'hui de ne pas avoir d'enfant s'ils ne le désirent pas. L'enfant devient donc un objet de réalisation personnelle et d'accomplissement du couple. Selon cette auteure, les progrès de la médecine en matière d'infertilité se doivent désormais de faire partie de l'équation du désir d'enfant, en raison de l'illusion qu'ils donnent de maîtriser la fertilité. À l'instar de Bydlowski, Revault D'Allones exprime l'enjeu primordial du désir d'enfant qu'est de savoir le reconnaître. Toutefois, ce désir ne se laisse pas appréhender si facilement. Quant au point de vue de Pasini, il rejoint celui de Bydlowski dans l'importance de différencier le désir d'enfant du désir de grossesse. Cependant, pour Pasini, un désir de grossesse conflictuel est aussi à mettre au banc des accusés, lorsque l'on parle de vomissements incoercibles.

Finalement, les concepts de maternité et de maternalité revêtent une importance capitale en ce qui a trait à l'appropriation de l'identité de mère. Ici, la maternité se définit en termes de préparatifs en vue de concevoir un enfant, d'une grossesse et finalement d'une naissance et d'une relation mère-enfant. Quant à la maternalité, elle fait davantage référence à l'ensemble des représentations mentales, des affects, désirs et comportements de la mère envers son enfant, que celui-ci soit encore à l'état de projet, en cours de développement au moment de la grossesse, ou déjà né. Ainsi, la maternalité s'inscrit à l'intérieur de la réalité interne de la mère, tandis que la maternité fait référence à la réalité externe de celle-ci.

Par conséquent, en regard du présent contexte théorique quant aux enjeux psychiques de la grossesse, du point de vue médical et psychologique de l'hyperémésis gravidarum, de même que des études récentes interrogeant les ratés dans le développement identificatoire maternel chez les femmes souffrant de cette affection, il nous apparaît pertinent de chercher à interroger l'histoire relationnelle des femmes québécoises souffrants d'hyperémésis gravidarum. Il s'agit ici d'obtenir une meilleure compréhension de leurs différents aspects relationnels, notamment auprès de leur mère et de la relation à celle-ci, de même qu'au niveau de leur conflictualité psychique, et de leur vécu autour de ce trouble marquant leur grossesse. L'intérêt de cette thèse se pose donc sur la singularité de leur expérience du devenir-mère et d'accès à la maternité

3.10 Questions de recherches

1) En regard de la littérature et des études récentes au sujet de l'hyperémésis gravidarum, quels sont les liens entre cette affection et l'histoire relationnelle de ces femmes, notamment avec leurs parents, particulièrement avec leur mère; leur conjoint, leur enfant à venir et déjà né? Peut-on y observer les manifestations de conflits psychiques?

2) Que pouvons-nous dire au sujet du désir d'enfant chez ces femmes souffrant d'hyperémésis gravidarum ? Qu'est-ce qui ressort de leur discours ou de leur silence au sujet de leur futur bébé ?

CHAPITRE IV

LA MÉTHODOLOGIE

Cette thèse utilise un devis de recherche qualitative. Les données ont été recueillies dans un premier temps, par des entrevues auprès de femmes enceintes entre 14 et 22 semaines de grossesse. Nous avons cherché à entendre le discours de ces femmes afin d'en dégager une compréhension au niveau de leurs différentes dynamiques, tant psychologiques, relationnelles que symptomatologiques. Dans un deuxième temps, nous avons eu recours à un inventaire de personnalité (MMPI-II) afin d'enrichir le matériel recueilli lors des entrevues. Cette recherche n'a pas pris naissance à partir d'hypothèses *a priori*, bien que certaines pistes aient été posées à partir des résultats de recherches sur le sujet, de la lecture des auteurs psychanalytiques, de la revue de littérature et de la formation clinique de la chercheuse. Par cette recherche, nous n'avons pas tenté de valider des hypothèses, mais plutôt de dégager un portrait psychologique de ces femmes, de même qu'un ensemble de données encore peu exploré de ce point de vue. L'intérêt de la recherche qualitative réside ici en ce qu'elle cherche plutôt à explorer une réalité perçue comme fluctuante et variable dans le temps (Letendre, 1998), ce qui s'avère être le cas pour cette affection de la grossesse qu'est l'hyperémésis gravidarum.

L'analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2003) est la méthode qui a été privilégiée pour cette thèse étant donné qu'elle s'inscrit dans une approche compréhensive où la recherche de signification est la prémisse à la base à toute étude qui s'intéresse aux faits humains et sociaux (Paillé et Mucchielli, 2003), ici cette affection de la grossesse. De plus, le caractère exploratoire de cette démarche constitue un facteur important de ce choix méthodologique, celui-ci se voulant davantage une quête du sens quant au vécu de ces femmes. Pour nous, cette méthodologie s'est imposée d'elle-même par la nature fort complexe du sujet, où tel que mentionné dans la recension des écrits, les travaux menés jusqu'à maintenant affirment une intrication délicate des différents facteurs, à la fois

biologiques et psychologiques. Par ailleurs, ce type d'analyse nous est apparu comme le plus approprié aux questions qui sous-tendent cette étude⁹. En effet, selon Marshall et Rossman¹⁰ la méthodologie qualitative serait supérieure dans le cas de recherche dont le but est d'approfondir des processus ou des phénomènes complexes comme c'est le cas ici pour l'hyperémésis gravidarum. Cette thèse a donc permis de visiter et de comprendre, chez ces femmes, l'expérience de porter la vie lorsque celle-ci s'inscrit en dehors de l'idéal social. En ce sens, l'analyse thématique s'avère un excellent outil de recherche puisqu'elle permet dans un premier temps de demeurer au plus près du discours et de l'expérience des sujets, tenant ainsi compte de leur milieu et de leurs expériences, pour ensuite ouvrir sur une compréhension clinique des différents enjeux. Ce passage de l'analyse thématique à la compréhension clinique s'opère par l'examen dynamique des thèmes. Il ne s'agit plus seulement ici de relever un ensemble de thèmes, mais plutôt de les examiner, de les interroger, c'est-à-dire de les confronter les uns avec les autres, dans le but de chercher à « les faire parler ». Cet exercice se fait en mettant en lien les thèmes avec les référents théoriques, pour être ensuite comparés, relativisés ou corroborés.

Comme le suggèrent Lecompte et Goetz (1982)¹¹ il est important de s'imprégner du terrain de recherche avant d'entreprendre les expérimentations. C'est ce que nous avons pu réaliser lors de deux rencontres à l'hôpital Sainte-Justine de Montréal, entre la chercheuse et des médecins travaillant à la clinique de médecine d'obstétrique gynécologique (MOG). La première rencontre s'est effectuée en compagnie de la Dre Evelyne Rey et l'autre avec les Dre Louise Duperron et Évelyne Rey. Plusieurs sujets ont été abordés au cours de ces rencontres, notamment les manifestations physiologiques de l'hyperémésis gravidarum, l'incidence de cette affection chez la population de femmes enceintes fréquentant l'hôpital Sainte-Justine, les complications et risques possibles, tant pour la mère que pour le fœtus, et finalement les traitements offerts.

⁹ Voir la section sur les questions de recherche, p. 50.

¹⁰ Cité par Deslauriers et Kérisit in La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques, Gaëtan Morin, 1997, p.87.

¹¹ Cité dans Boudreau et Arseneault, 1994, 128.

4.1 Position épistémologique de cette recherche

Il est admis en recherche qualitative que l'être humain cherche à comprendre ce qui lui arrive et qu'il souhaite parler. À travers cette quête, il cherche à faire du sens avec ce qu'il vit (Bourdieu, 1997), n'en sachant ainsi plus qu'il ne le croit (pulsion épistémophilique) (Letendre et Lepage, 1998). Forte de cette prémisse, nous avons choisi comme point de départ de cette recherche le paradigme constructiviste à la base de la démarche qualitative. Celui-ci stipule que la connaissance se situe dans l'interaction entre le sujet et l'objet :

« (...) le chercheur n'est plus extérieur aux données produites, le discours produit par les entretiens doit être envisagé comme une co-construction à laquelle participe l'interviewer et l'interviewé; le sens des questions et des réponses étant mutuellement et contextuellement construit par l'un et l'autre » (Mishler) »¹².

À cet égard, l'analyse qualitative est un acte phénoménologique, un acte de production de sens qui demande le respect de cette rencontre entre la sensibilité du chercheur et l'expérience du sujet (Paillé et Mucchielli, 2003). Le monde émerge de la complexité des éléments personnels, sociaux et culturels par le biais de la signification qu'un individu donne à la réalité. Celle-ci n'est donc pas absolue, mais multiple, complexe et interactive, nous dit Mucchielli (2002). Par conséquent, l'utilisation d'un devis de recherche qualitative nous amène à parler de « rigueur », concept inhérent à ce type de recherche, plutôt que d'objectivité, concept à la base de la recherche quantitative. Les auteurs d'orientation analytique accordent une place prépondérante à la subjectivité du chercheur, celle-ci prenant pleinement part à la recherche. Une bonne utilisation de cette subjectivité assure donc la rigueur de ce type de méthodologie. Puisqu'aucune situation de recherche n'est exempte et indépendante du chercheur, celui-ci doit s'efforcer d'adopter une attitude la plus neutre possible par la mise en place d'une démarche qui favorise la rigueur et la validité. Pour notre étude, certaines mesures ont été utilisées afin de nous assurer de répondre à ces deux obligations.

¹² Cité par Poupart in : La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques, Gaëtan Morin, 1997.

4.2 Mesures pour assurer la rigueur et la validité interne

Dans un souci de favoriser la rigueur de cette thèse, nous avons cherché à mettre en place les différents principes mis de l'avant par les méthodologies qualitatives. C'est ainsi que nous avons tenu compte de plusieurs éléments dans l'analyse des données. Parmi celles-ci, les influences théoriques et cliniques de la chercheuse, le déroulement des entretiens, de même que les hypothèses de recherche latentes. Les manifestations contre-transférentielles étant inévitables, nous avons dû apprendre à les utiliser comme un outil et non comme un obstacle. Ainsi, nous avons appris à nous laisser interpeller par les communications de l'autre et, surtout, tolérer ce qu'elles ont éveillé en nous. (Lctendre et Lepage, 1998).

La recherche qualitative a su démontrer l'importance de la subjectivité du chercheur, et surtout comment la rendre valide :

« (...) l'existence de l'observateur, son activité d'observation et ses angoisses (même dans l'auto-observation) produisent des déformations qui sont, non seulement techniquement, mais aussi logiquement, impossibles à éliminer. L'étude scientifique doit exploiter la subjectivité inhérente à toute observation en la considérant comme la voie royale vers une objectivité authentique plutôt que fictive. Cette objectivité doit être définie en fonction de ce qui est réellement possible, plutôt qu'en fonction de ce qui devrait être. » (Devereux, 1980, 17) ».

Van den Maren (1987) propose au chercheur de pallier à sa subjectivité en définissant sa démarche à toutes les étapes, de la circonscription du problème à l'analyse et l'interprétation des résultats, de même que ses postulats, ses idéologies et ses orientations théoriques, posant ainsi les bases d'une démarche de recherche rigoureuse. Pour qu'il y ait rigueur, il doit y avoir transparence tout au long de la recherche. Pour tenir compte de ces principes, trois moyens ont été employés dans cette étude afin d'assurer un traitement rigoureux de la subjectivité, soient l'utilisation d'un journal de bord, le recours à un tiers en la personne d'une collègue psychologue, celle-ci ayant une expérience à la fois en clinique et en recherche et l'analyse préliminaire.

4.2.1 Le journal de bord

Le journal de bord a servi, dans un premier temps, à noter l'ensemble des manifestations contre-transférentielles de la chercheuse, et ce, à la fin de chaque entrevue, afin que celle-ci puisse se dégager de ces manifestations et ainsi préserver l'analyse de tout dérapage. Dans un deuxième temps, il a servi à y répertorier toutes les idées, hypothèses, réflexions, intuitions, qualité des rapports lors des premiers contacts avec le site de recherche, de même que les décisions prises au cours de l'élaboration du projet de thèse et du travail final. L'objectif de cette procédure est d'établir une première distanciation du matériel recueilli et de pouvoir définir chaque étape du processus, tel que le recommande Van den Maren :

« Le journal de bord aidera le chercheur à produire une recherche qui satisfait au critère de validation de cohérence interne : il sera en mesure de reconstituer, à l'aide de ce document, le raisonnement qui l'a conduit à prendre certaines décisions d'ordre méthodologique » (Mucchielli, 1996, 116).

4.2.2 Le tiers

Quant au recours à un tiers, il a pris la forme de discussions autour du matériel recueilli, de même que des manifestations contre-transférentielles de la chercheuse. Il a permis de comparer les observations et les interprétations de celle-ci, ce que Mucchielli (2002) nomme la validation du chercheur. Il a contribué ainsi à augmenter la validité de l'étude par le regard extérieur et sans intérêt qu'il a porté à la recherche, favorisant du coup la découverte de réactions subjectives agissant à l'insu de la chercheuse.

Tel que nous l'avons déjà évoqué, les manifestations contre-transférentielles sont inévitables au cours d'une recherche, c'est pourquoi il est primordial de les intégrer à l'analyse. Ces manifestations ont donc été traitées par la chercheuse comme un matériel à analyser au même titre que les données brutes. Le fait de reconnaître l'importance de ces manifestations augmente ainsi la crédibilité des résultats. Selon Lepage et Letendre (1998), c'est à l'étape de l'analyse, moment où le chercheur transforme ce qu'il a compris en données, que le biais contre-transférentiel peut sournoisement se manifester. À cet égard, les discussions avec un tiers revêtent un caractère primordial pour s'assurer de la validité, celles-

ci se comparant, selon Drapeau et Letendre (2001), aux discussions de cas avec un superviseur clinique, ouvrant la voie à d'autres perspectives que celles ayant été préalablement envisagées.

4.2.3 Analyse préliminaire

Une autre façon d'assurer la validité de la recherche a été pour la chercheur de faire un retour sur le matériel recueilli à la fin de la première entrevue et de la retranscription de celle-ci sous forme de verbatim afin de déterminer les points à élucider ou à faire préciser par les participantes lors de la deuxième entrevue. Cette façon de procéder a donc permis au sujet de recherche de révéler plus précisément le sens qu'il donne aux événements (Mucchielli, 2002).

De plus, les données brutes ont été conservées sur les supports originaux, soient les enregistrements audio et les retranscriptions papier des verbatims, afin de permettre à la chercheuse d'effectuer des vérifications au cours des différentes étapes de l'analyse (Arsenault et Boudreau, 1994; Drapeau et Letendre, 2001).

4.3 Recrutement des sujets et échantillon

Afin de constituer le groupe de participantes, nous avons choisi de faire appel à l'hôpital Sainte-Justine de Montréal en raison du bassin de femmes enceintes qui s'y présentent, notamment pour des grossesses difficiles. Les sujets participant à cette recherche sont donc exclusivement des femmes enceintes ayant reçu un diagnostic d'hyperémésis gravidarum émis par des professionnels de l'hôpital Sainte-Justine, dont la Dre Évelyne Rey. Étant donné le caractère assez rarissime de ce trouble, nous avons choisi une cohorte de femmes assez vaste, dont l'âge se situe entre 18 et 50 ans, soit l'âge de la procréation adulte. Les femmes pouvaient être primipares ou multipares. L'exclusion des mères adolescentes s'est justifiée par le fait qu'une grossesse au moment de l'adolescence risquait d'être moins représentative, en raison de ses enjeux particuliers, et ainsi complexifier l'analyse des résultats. Toutefois, nous n'avons imposé aucune restriction en ce qui a trait à la culture d'origine des femmes, puisque cette recherche, par sa visée exploratoire, ne prétend pas à une généralisation des résultats. Ainsi, les phénomènes liés à la culture d'origine des participantes

n'ont pas fait l'objet d'une analyse spécifique, étant donné le niveau de complexité qu'une telle entreprise nécessiterait et qui dépasserait l'ampleur de cet essai doctoral. Les participantes devaient bien comprendre les questions et s'exprimer en français. Celles-ci ont donc été recrutées par l'intermédiaire de la Dre Évelyn Rey, lors d'une visite de routine à l'hôpital Sainte-Justine pour des problèmes de grossesse. À partir du moment où le diagnostic d'hyperémésis gravidarum était posé, la Dre Rey leur proposait de participer à l'étude. Suite à leur acceptation, elle leur donnait le formulaire de consentement (Annexe A) et nous faisait parvenir leurs coordonnées. Nous rappelions les éventuelles participantes dans les 24 heures suivant la référence.

Trois femmes ont participé à la recherche. Chacune avait reçu un diagnostic d'hyperémésis gravidarum pour la grossesse actuelle. Deux d'entre elles l'avaient également reçu à leur première grossesse. Bien que pour d'Unrug (1974), la saturation des données ne peut être atteinte en deçà d'un échantillon d'une quinzaine de sujets, nous considérons notre échantillon suffisant compte tenu du caractère exploratoire de cette recherche, et de la faisabilité de celle-ci en termes de petite taille présumée du bassin de population et du temps que nous a pris le recrutement des sujets, soit 18 mois. De plus, puisque cette thèse s'inscrit dans une approche compréhensive, l'échantillon actuel nous paraît suffisant compte tenu de l'intérêt nous portons à la profondeur des entretiens, à leur analyse et à la recherche de sens.

4.4 Méthode de collecte de données et instruments utilisés

Puisque cette recherche s'inscrit à l'intérieur d'une visée exploratoire, la parole et le discours des participantes ont constitué ici la porte d'accès par excellence à l'expérience subjective de l'hyperémésis gravidarum lors de la grossesse. Dans un souci de validité, nous avons également intégré au devis de recherche un inventaire de personnalité, le Minnesota Multiphasic Personality Inventory ou MMPI-II.

4.4.1 Entrevues

Dans un premier temps, la collecte de données s'est effectuée au moyen de deux entrevues semi-dirigées de type associatif pour chacune des participantes. Ces entretiens ont été d'une durée d'environ 1h15 chacun pour un total de 2h30 d'entrevue pour chacune des

participantes. Ce type d'entretien a été privilégié étant donnée sa flexibilité et la possibilité qu'il a offerte aux participantes, comme à la chercheuse, d'explorer différents thèmes en profondeur. Un guide d'entretien (Annexe B), composé de thèmes pré-choisis, issus de la revue de littérature, a été utilisé afin de guider les entretiens, tout en laissant le devis de recherche ouvert à tous phénomènes ou manifestations pertinentes. De cette façon, nous nous sommes assurée d'une certaine homogénéité du matériel recueilli, et ce, en couvrant tous les thèmes prédéterminés avec chaque sujet, tout en offrant une certaine liberté aux participantes dans le choix et l'élaboration des thèmes. Il est primordial qu'au cours des entretiens, les participantes se sentent respectées dans leur expérience et libres de s'exprimer. Pour ce faire, un dispositif assurant la liberté et le respect de l'expérience des participantes a été mis en place par l'attitude de la chercheuse et son écoute. La formation et l'expérience clinique en psychothérapie psychanalytique de la chercheuse ont donc assuré la présence d'une attitude d'écoute et d'empathie favorisant un tel climat. Ceci a permis à la chercheuse d'être attentive au vécu des participantes, atteignant ainsi un type de décentration impliqué, attitude adaptée à la recherche en sciences humaines (Mucchielli et Paillé, 2003) :

« L'enjeu véritable est que l'acte de sortir du silence soit pris au sérieux, de telle sorte que fantasmes subjectifs et réalité objective ne soient pas disjoints, que psychique et social ne soient pas séparés, dans la mesure même où l'inconscient provient à la fois de l'un et de l'autre indistinctement. Ainsi, la réponse « je vous crois » instaure une relation nouvelle selon laquelle le désir du sujet parlant peut advenir à partir du désir de l'autre » (Julien, 2000, 95) ».

4.4.2 MMPI-II

Afin d'avoir accès à davantage de données cliniques chez les participantes, matériel parfois difficilement observable lors des entrevues, nous avons décidé de recourir à un inventaire de personnalité, soit le MMPI-II. Ce questionnaire avait pour but d'obtenir des participantes une évaluation subjective de l'image d'elle-même et de leur histoire clinique, perception que nous souhaitons comparer avec le matériel obtenu par les entrevues et les impressions cliniques de la chercheuse, et ce, afin d'augmenter la validité de notre étude et de diversifier notre matériel.

Le MMPI-II permet l'évaluation de différentes dimensions cliniques regroupées en dix échelles : hypocondrie, dépression, hystérie, personnalité psychopathique, masculinité-féminité, paranoïa, psychasthénie, schizophrénie, hypomanie et introversion sociale.

Étant donné le temps requis pour répondre à ce questionnaire (environ 1 h 30 en tout), et l'état de santé des participantes, nous avons décidé de faire compléter le MMPI-II en deux parties, chacune à la fin des deux entrevues semi-structurées, et en présence de la chercheuse. Par conséquent, les entrevues avec les participantes se sont donc déroulées en deux temps : l'entrevue semi-structurée d'une durée de 1h15 chacune et le MMPI-II d'une durée de 45 minutes chacune. Cette procédure n'a en rien affecté la validité du test puisque ce type de protocole fait partie des possibilités offertes par cet instrument. Un écart raisonnable entre les rencontres (environ deux à trois semaines) a également été instauré, afin de prendre en compte l'état de santé des participantes, tout en permettant de leur offrir un soutien dans leur démarche introspective, et conserver l'effet d'après-coup. En effet, pour les participantes, le fait d'aborder leur vécu et leur histoire a pu avoir un effet de remaniement de leurs impressions et de leur expérience de la grossesse, et mener ainsi à un autre degré de développement de sens et d'efficacité psychique (Laplanche et Pontalis, 1967). L'objectif ici est d'obtenir des participantes un maximum de données riches et diversifiées. La correction des questionnaires a été effectuée à l'aide d'un programme informatique adapté à cet instrument et développé par Randolph Stephenson, psychologue à l'hôpital général juif de Montréal.

4.5 L'analyse des données

Tel que mentionné précédemment, nous avons opté pour l'analyse thématique afin de répondre aux questions de recherche qui sous-tendent cette thèse. Étant donné la nature de l'objet étudié et le recours à une recherche de type exploratoire, il nous est apparu que ce type d'analyse répondait le mieux aux exigences méthodologiques. L'analyse thématique, par le recours à la thématisation, permet la transposition d'un matériel brut, ici le discours des femmes enceintes souffrants de vomissements gravidiques, en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé. Ainsi, afin de rendre compte de l'expérience de ces femmes, nous avons fait appel à l'analyse des thèmes dans le but d'en faire ressortir les

aspects fondamentaux. Bien que ce type d'analyse ne soit pas interprétatif, il permet, par l'examen discursif des thèmes, d'atteindre un niveau d'abstraction plus important.

Dans un premier temps, les thèmes issus des entretiens doivent représenter le plus fidèlement possible la teneur expérientielle des participantes. La problématique et les questions de recherche associées ont participé à circonscrire certaines avenues thématiques (par exemple, les questions d'ordre relationnel). Cependant, une autre partie du matériel, donc certains thèmes, est venu directement des participantes (par exemple la question de la culpabilité). L'objectif de l'analyse thématique est de développer une représentation synthétique de l'essentiel du propos à l'intérieur d'un large corpus de données. Chaque thème est défini en fonction de sa récurrence et de sa pertinence à la recherche. C'est de cette façon qu'est assurée la validité d'un thème, ce dernier s'évaluant donc en fonction de ses liens avec les objectifs de la recherche. Selon Paillé et Mucchielli (2003) il est impossible de ne pas avoir de référents interprétatifs, tout analyste détenant nécessairement une orientation théorique. Étant donné la nécessité de prendre en considération cette position, le travail de thématisation du matériel s'est effectué ici selon la position psychanalytique de la chercheure. Celle-ci a donc joué un rôle considérable dans la sélection des données du corpus et des éléments pertinents au travail de transposition thématique. Cette sensibilité oriente le regard du chercheur et par conséquent sa facilité à trouver telle ou telle thématisation plutôt qu'une autre (Paillé et Mucchielli, 2003). Dans cet ordre d'idée, la formation et l'expérience de la chercheure en psychothérapie psychanalytique se reflètent au niveau de son écoute, du choix des thèmes préalables, de la terminologie utilisée, de même qu'au niveau du degré d'abstraction et de la valeur discriminative des thèmes.

À la suite de l'écoute et de la retranscription des entrevues sous forme de verbatims, Paillé et Mucchielli (2003) proposent deux types d'analyse thématique : continue et séquenciée. Ici, l'analyse thématique utilisée est de type continu en raison, d'une part, du corpus plus humble et du caractère plus personnel de la recherche, et d'autre part parce que ce type de démarche permet une analyse plus fine et plus riche du corpus. Selon l'analyse continue, les thèmes sont attribués et identifiés au fur et à mesure de la lecture des verbatims, pour ensuite être regroupés, fusionnés et finalement hiérarchisés sous la forme de thèmes centraux. Parallèlement à cette première méthode, nous avons également, en marge, relevé

nos impressions cliniques. Ces dernières ont été reprises plus tard au cours de l'analyse interprétative afin de comparer ces premières impressions et l'analyse dynamique des thèmes. Nous avons donc choisi ce type d'analyse en raison de la souplesse qu'elle nous a offerte, de même que pour la finesse et la richesse de l'analyse qu'elle nous a permise.

L'analyse thématique n'a pas pour fonction essentielle d'interpréter, de théoriser, ou de dégager l'essence d'une expérience. Elle se veut d'abord et avant tout une méthode servant au relevé et à la synthèse des thèmes présents dans un corpus (Paillé et Mucchielli, 2003). Le niveau d'inférence s'en voit ainsi relativement bas, en raison de la présence d'un rapport étroit entre les indices du discours et le thème attribué. Le travail de thématisation serait peu éloquent s'il s'arrêtait à une telle accumulation de thèmes. Par contre, la construction de l'arbre thématique ouvre à une représentation synthétique et structurée du contenu analysé. Chacun des thèmes constituant cet arbre est choisi en fonction de sa récurrence et de sa pertinence pour la recherche. La validation d'un thème s'évalue par la qualité de ses liens avec les objectifs de la recherche. L'arbre thématique permet « (...) de hiérarchiser les divers thèmes selon leur appartenance générale ou spécifique au résultat d'ensemble, leur rôle principal ou périphérique au sein d'un phénomène étudié, leur lien avec telle ou telle rubrique » (Paillé et Mucchielli, 2003, 144).

Dans un deuxième temps, l'arbre thématique conduit vers l'examen discursif des thèmes et des extraits correspondants, en fonction de la théorie de référence de la recherche, ici la théorie psychanalytique. Cette seconde étape a pour but de mettre les différents thèmes en relation les uns avec les autres, ce que Mucchielli (2002) définit comme la caractérisation du sens. Il s'agit donc d'examiner les thèmes, de les interroger les uns avec les autres de façon à déboucher sur l'exercice discursif que l'on appelle traditionnellement la discussion, le but recherché étant de faire « parler » les thèmes. Afin de faire parler les thèmes, nous avons eu recours aux impressions cliniques élaborées lors de l'analyse continue du corpus. Ces énoncés interprétatifs nous renvoient à différents phénomènes ou à des pistes de compréhension plus abstraites. En revenant à cette première partie de l'analyse et en retravaillant les ébauches d'interprétations, nous pouvons regrouper ces informations en laissant émerger de nouvelles analyses. Ce type d'analyse qui se veut plus dynamique conserve les propriétés essentielles du corpus tout en offrant un mode de lecture plus

conceptualisant. Tel que mentionné, cette analyse dynamique fait appel aux concepts psychanalytiques afin de finaliser la compréhension des phénomènes issus du corpus. Les thèmes et leur analyse dynamique s'éloignent donc de façon graduelle des participantes pour faire ressortir leur contenu plus global. Par conséquent, nous avons procédé à une comparaison des thèmes entre eux et non à une comparaison des participantes, afin de dégager ce qui est commun à ces thèmes, particulier ou contradictoire. L'objectif ici est de mettre en lumière des expériences et des phénomènes. Selon Paillé et Mucchielli (2003), les thèmes, lors de leur discussion, peuvent être mis en lien avec d'autres référents, afin d'être comparés, relativisés ou corroborés. C'est ce que nous avons prévu faire avec les données recueillies par le MMPI-II, mais qui n'a pu être effectué pour des raisons que nous exposeront ultérieurement.

4.6 L'éthique de la recherche

Cette recherche s'est effectuée en conformité avec les principes éthiques de la recherche mettant en scène des sujets humains. Le devis de recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de l'hôpital Sainte-Justine de Montréal en 2006 et en 2007.

Au moment de prendre contact avec les participantes, celles-ci ont été informées du caractère de l'étude, et des implications requises, soit deux rencontres d'environ 1h15 chacune et la nécessité de répondre à un test à la suite de ces deux entretiens. Lors de la première rencontre, les formulaires d'information et de consentement leur ont été présentés. À ce moment, les participantes ont pu poser des questions afin de clarifier certains points relatifs à la recherche demeurés obscurs pour elles. Elles ont également été avisées des choix qui s'offraient à elles tout au long de la démarche : la possibilité d'aborder un thème ou non, celle de se retirer à tout moment de la recherche, et que l'ensemble des données recueillies resterait confidentielles. Les entrevues ont été enregistrées afin de s'assurer de l'exactitude de leurs propos et ainsi faciliter l'analyse du matériel recueilli. Celles-ci ont été conservées en lieu sûr et seront détruites après la recherche. L'éthique en recherche qualitative cherche à s'assurer de respect et du bien-être des sujets (Mucchielli, 1996). C'est pourquoi les participantes ont été prévenues dès le départ que le but de cette recherche n'était pas d'ordre thérapeutique. La signature du formulaire de consentement par les participantes s'est avérée

nécessaire avant de débiter les entrevues. La signature de celui-ci a été assurée par la Dre Éveline Rey, lors du recrutement à l'hôpital Sainte-Justine. Ce préalable a pour but de répondre aux critères d'éthique, soient le consentement éclairé, l'évaluation des risques et des avantages pour les participants, le choix juste et éclairé des sujets à participer à l'étude et la confidentialité des données recueillies (Muchielli, 1996).

Les risques pour les participantes à cette recherche ont été considérés au-dessous du seuil de risque minimal tel que défini par l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains. Ici, les sujets ne se sont pas exposés à une situation plus risquée que ce qu'elles auraient rencontré dans leur quotidien lors d'une conversation avec un individu quelconque. Les participantes, par la possibilité qu'elles ont eu de se raconter, ont pu bénéficier de ces entrevues comme une occasion de parcourir leur histoire et de construire leur propre point de vue sur ce trouble de la grossesse qu'est l'hyperémésis gravidarum.

Différentes dispositions ont été mises en place afin de s'assurer de protéger la vie privée des participantes, notamment au niveau de leur histoire personnelle. L'anonymat s'est donc avéré une préoccupation constante de la chercheuse, de la collecte de données, à l'analyse en passant par la diffusion des résultats. C'est ainsi que le recours au déguisement des données a permis d'éviter des révélations involontaires qui auraient pu conduire à l'identification des participantes. Les modifications apportées n'ont en rien affecté la validité des résultats de la recherche. Seule la chercheuse connaît les véritables noms des sujets, des pseudonymes ayant été utilisés.

CHAPITRE V

PRÉSENTATION CLINIQUE DES SUJETS DE RECHERCHE

Dans cette section de la recherche, les participantes sont présentées à l'aide de trois rubriques, inspirées du modèle servant à l'étude de cas en psychologie clinique. Ce choix nous apparaît justifié par l'efficacité de ce modèle à tracer des portraits cliniques efficaces sans être redondants. Les éléments présentés sont directement tirés des propos des sujets provenant des verbatims. En ce sens, ils ne constituent pas une interprétation. Afin d'assurer l'anonymat des participantes, quelques informations ont été transformées (nom, occupation professionnelle, lieu d'origine, nationalité). Ces transformations ont été effectuées de façon congruente à l'histoire initiale des participantes et pour cette raison ne dénature pas leur propos. Dans un premier temps, nous présenterons un résumé de chaque participante pour ensuite enchaîner avec l'anamnèse et les manifestations de l'hyperémésis gravidarum, pour finalement présenter leur histoire personnelle et familiale.

5.1 Mélodie

Résumé

Mélodie est une jeune femme âgée de 30 ans, d'origine québécoise, qui a reçu un diagnostic d'hyperémésis gravidarum lors de ses deux grossesses, ces dernières résultant d'un projet conscient, planifié et désiré. Mélodie occupe, depuis quelques années, un emploi d'infirmière dans un hôpital. Au moment des entrevues elle est en arrêt de travail en raison de la sévérité des malaises physiques découlant de l'hyperémésis gravidarum. Mélodie est mariée depuis trois ans à l'homme qui partage sa vie depuis près de douze ans. Ils ont déjà un petit garçon âgé maintenant de 2 ans, et attendent un second enfant. Mélodie est enceinte de seize semaines au moment des rencontres, ignorant le sexe du bébé à venir. Au niveau de son histoire familiale, Mélodie est la troisième d'une famille de quatre enfants. Sa mère est décédée des suites d'une maladie dégénérative alors qu'elle n'avait que 15 ans. Son père s'est

remarié, et avec sa nouvelle conjointe ils ont eu deux autres enfants. Ainsi, à ses frères et sœurs issus de l'union de ses parents, s'ajoutent un demi-frère et une demi-sœur.

Anamnèse et manifestation de l'hyperémésis gravidarum

À partir du moment où Mélodie tombe enceinte la première fois, elle ressent rapidement des symptômes qui dépassent largement les manifestations dites normales de la grossesse. À ce moment, elle vomit beaucoup et a des nausées insupportables, ce qui génère, chez elle, une grande fatigue. Par conséquent, elle s'alimente peu et dort de longues heures. Son médecin débute donc un traitement pharmacologique qui s'avère rapidement insuffisant. Mélodie est alors mise en arrêt de travail. Tant bien que mal, elle tente de se garder hydratée, mais elle n'y parvient pas. L'hospitalisation devient alors nécessaire. Elle passe donc quatre jours à l'hôpital afin d'être réhydratée, pour ensuite retourner à la maison. S'ajoute à ses symptômes, la perte de poids, de même que la présence de corps cétoniques dans ses urines, confirmant le diagnostic d'hyperémésis gravidarum. C'est à ce moment qu'elle comprend l'ampleur de ses symptômes : « C'est là que je me suis dit là ouais, là c'est plus rought que peut-être pour les autres (...) ».

Mélodie est donc très surprise de recevoir un tel diagnostic, cette affection relevant davantage, pour elle, d'un concept théorique appris au cours de ses études. Son incompréhension est des plus complète d'autant qu'elle se dit avoir un certain contrôle sur ce qu'elle mange et ce qu'elle boit : « il me semble c'est pas sorcier, je devrais être capable de contrôler un peu...pis je me rends compte que la réponse c'est non pas tout le temps (...) ». De plus, le fait de faire un bébé en santé en même temps que d'être aussi malade accentue son sentiment d'incompréhension :

« Je pense que c'est ça aussi qui est surprenant, pis quand on se sent tellement mal aussi, ça c'est une chose qui me surprend ou qui est comme une dichotomie pour moi, qui est comme (...) ça comme pas de logique de faire un si beau bébé, d'être enceinte que c'est tellement le fun, pis moi c'était planifié mes deux grossesses (...) d'avoir ça qui est tellement merveilleux pis de voir qu'on se sent tellement mal en même temps ».

Mélodie a de la difficulté à exprimer ce qui se passe dans son corps, de même que le désarroi que cela lui fait vivre. Ainsi, elle ne se sent pas prise au sérieux, tant par son

médecin, que par les infirmières qui lui disent que tous ces symptômes sont normaux compte tenu de son état de femme enceinte. Cependant, ceux-ci s'aggravent au point où elle doit être hospitalisée. Cette hospitalisation survient au moment où son conjoint doit partir en voyage d'affaires. L'hospitalisation de Mélodie l'a donc forcé à annuler ce voyage. À ce moment, Mélodie ne sait plus quoi faire, quand et quoi manger, quand et quoi boire. Les conseils fusent de partout : boire et manger de petite quantité plusieurs fois par jour, manger des amandes, croquer dans un citron, boire de l'eau froide, du jus de pomme, manger des biscuits soda, etc. De plus, la médication prescrite l'amortit beaucoup, ce qui l'empêche de conduire, devenant de ce fait dépendante de son conjoint pour ses déplacements. À chaque semaine de grossesse qui passe, Mélodie garde l'espoir de prendre du mieux, mais les choses ne se déroulent pas ainsi. Il lui faut attendre la mi-grossesse pour voir enfin apparaître une amélioration. Ainsi, à partir de la seconde moitié de sa première grossesse, l'état de Mélodie commence à s'améliorer, lui permettant de reprendre le travail, ce qui lui fait grand bien. La diminution des symptômes lui permet également de s'alimenter plus normalement et par conséquent de prendre un peu de poids. Au bout du compte, Mélodie termine sa première grossesse pratiquement au même poids qu'avant de tomber enceinte, compte tenu de la perte de poids de la première moitié de grossesse. L'accouchement se déroule normalement et le bébé est en pleine santé.

Lorsque Mélodie tombe enceinte une seconde fois, elle ne croit pas avoir à revivre les symptômes de l'hyperémésis gravidarum, mais ceux-ci se présentent à nouveau : « c'est ça sur le coup j'avais pas de perspective quand ça allait pas bien, je me disais crime c'est rought.....mais là, la deuxième fois j'étais plus découragée ». À ce moment, Mélodie se rappelle peu de l'ampleur des symptômes, et des limitations créées par ceux-ci : « Un moment donné je disais à mon chum, coudonc je dormais-tu tout le temps la première fois, j'étais-tu autant capable de rien faire euh...des choses comme ça ». Mélodie revit donc les vomissements, les fortes nausées et la fatigue. Une fois de plus, l'histoire se répète. Elle commence d'abord par la médication, qui semble fonctionner au cours des dix premiers jours, mais celle-ci s'avère inefficace après cette période. Elle est donc mise à nouveau en arrêt de travail, pour ensuite être hospitalisée à la suite de la découverte de corps cétoniques dans ses urines. Une fois de plus l'hospitalisation a lieu, au moment où son conjoint doit partir en

voyage dans le cadre de son travail (ce qui s'est également produit lors de sa première hospitalisation), voyage qu'il s'est vu à nouveau dans l'obligation d'annuler. Cette fois encore, Mélodie ressent le même désarroi devant la difficulté à exprimer ses symptômes aux différents acteurs du système médical, ce qui la décourage davantage.

« Pis de me sentir tellement mal pis de pas pouvoir le communiquer au médecin ou à l'infirmière quand je vais à la clinique, je me dis ils en voient souvent, ils doivent savoir un peu c'est quoi, pis comment moi je l'exprime.....ça devait être facile à comprendre, pis c'est sûr des fois je ne le sais plus comment le dire (...) ».

Mélodie vit une situation similaire avec ses collègues de travail dont elle ne ressent pas de compréhension, amplifiant ainsi sa frustration de ne pas pouvoir exprimer son vécu et ses symptômes correctement. De plus, le fait d'avoir déjà un enfant vient compliquer la situation pour Mélodie, celle-ci se sentant coupable de ne pas être aussi présente auprès de son fils et par conséquent de demander plus d'implication de la part de son mari, qui en plus de son emploi, doit davantage s'occuper de leur fils et de la vie à la maison.

Histoire personnelle et familiale

Mélodie a une histoire personnelle et familiale marquée par la maladie dégénérative de sa mère. Les premiers symptômes de cette maladie sont apparus alors que Mélodie n'était âgée que de 8 ans. Par la suite, sa mère a habité environ cinq ans avec eux, pour finalement être placée dans un centre d'accueil où elle est décédée quelques années après. Les années où sa mère a habité à la maison ont demandé, à Mélodie et à sa famille, un grand nombre de soins, en plus de bouleverser toute la vie familiale. Au début de la maladie, la mère de Mélodie parvenait à être assez autonome, mais rapidement elle doit se déplacer en chaise roulante, nécessitant ainsi des aménagements à l'intérieur de la maison, pour ensuite devenir totalement dépendante d'eux. Tout au long de cette période, Mélodie trouve difficile d'administrer les soins à sa mère, ceux-ci devenant rapidement de nature très intime, comme lui donner son bain, la nourrir ou encore l'accompagner à la toilette, soins qui rendent Mélodie très mal à l'aise. Ceux-ci, en plus d'être très exigeants physiquement de même qu'en termes de temps, sont aussi difficiles à donner en raison de la charge émotionnelle qu'ils suscitent :

« (...) maintenant que je suis une adulte, je le sais c'est quoi un enfant, je le sais c'est quoi une personne malade, je pense que je peux dire que c'était trop, c'était trop de soins pour nous, donc ça été difficile, c'est sûr que ça nous a demandé, pis pas juste à moi, parce que j'ai deux grands frères pis une soeur plus jeune, d'être responsables, d'être autonomes, d'être des fois un peu laissé à nous-mêmes (...) il aurait fallu que les autres adultes dans l'entourage trouvent une autre façon d'organiser la vie familiale ».

Par conséquent, Mélodie conserve peu de souvenirs positifs de sa mère après le début de la maladie. Avant l'arrivée de celle-ci, elle se souvient d'une famille où les parents occupent des rôles traditionnels, la mère faisant du bénévolat à la bibliothèque de l'école de ses enfants. Cependant, Mélodie rapporte que selon son frère, ses parents avaient prévu de divorcer peu de temps avant que la maladie frappe sa mère, ce qu'elle se refuse de croire encore aujourd'hui.

Mélodie se rappelle avoir vécu son adolescence seule, sa mère n'ayant pas été en mesure d'être un modèle, ni un exemple. Le début de l'adolescence correspond pour Mélodie au départ de sa mère pour le centre d'accueil, départ qu'elle vit comme une libération :

« Je me rappelle la libération la première fois que j'ai ouvert la porte pis de voir qu'elle était pas là, pis ah! ... tsé on peut faire... ben pas qu'on peut faire qu'est-ce qu'on veut, mais il n'y a personne à s'occuper, il n'y a pas de couches à changer, il n'y a pas de bains à donner, il n'y avait rien, pis de me sentir un peu coupable de ça (...) ».

La mère de Mélodie n'a jamais accepté d'avoir été placée en résidence; elle leur demandait, à chaque visite, de la ramener à la maison. Quelques années plus tard, alors que Mélodie n'est âgée que de 15 ans, sa mère décède. Peu de temps après, son père se remarie et sa belle-mère donne naissance à sa demi-sœur, et à son demi-frère, amenant Mélodie à adopter un rôle maternel auprès d'eux.

Selon les dires de Mélodie, au moment où sa mère tombe malade et au cours des années qui suivent, son père n'est pas très présent, tant auprès de sa femme, qu'auprès de ses enfants, s'absentant parfois pour deux jours sans mentionner sa destination à ses enfants, ni le moment où il compte revenir, rendant ainsi Mélodie très anxieuse. À cette époque son père lui apparaît comme un homme colérique, imprévisible, ayant un mauvais caractère et décidant de tout pour eux. Après son remariage et à la naissance de ses deux autres enfants,

celui-ci devient plus prévenant pour ces derniers, ce qui ravit Mélodie et la surprend tout à la fois, n'ayant pas connu cette facette de la personnalité de son père.

5.2 Maryse

Résumé

Maryse est une jeune femme âgée de 26 ans. Elle en est à sa deuxième grossesse, celle-ci ayant été désirée et planifiée tout comme la première. Maryse a reçu un diagnostic d'hyperémésis gravidarum, tant pour la grossesse actuelle que pour la précédente. Depuis quelques années, elle est en réorientation de carrière, ce qui l'amène à occuper un emploi dans une banque, en même temps qu'elle fait des études en relation d'aide. Au moment des entrevues, elle est en arrêt de travail, en raison de la sévérité de ses nausées et de ses vomissements. Maryse est en couple depuis environ six ans avec le même homme. Ils sont déjà les parents d'une petite fille âgée d'un an. Au moment des rencontres, Maryse est enceinte de seize semaines, ignorant encore le sexe du bébé à venir. Maryse est la deuxième d'une famille de trois enfants, ayant un frère aîné issu du premier mariage de sa mère et un frère cadet. Le père de Maryse est d'origine méditerranéenne et sa mère d'origine québécoise.

Anamnèse et manifestations de l'hyperémésis gravidarum

Lors de la première grossesse de Maryse, les manifestations de l'hyperémésis gravidarum se font sentir dès les premières semaines. Au-delà des désagréments et de la fatigue, la plus grande préoccupation de Maryse est la santé de son bébé. Elle craint que les nombreux vomissements n'affectent le bien-être, voire la vie de son enfant. Les médecins se font alors rassurants. Le traitement pharmacologique débute tôt dans sa grossesse et le repos lui est prescrit. Malgré la médication, les nausées, les nombreux vomissements et la fatigue perdurent, conduisant Maryse en arrêt de travail pendant près d'un mois et demi. Après cette période de repos, Maryse tente de retourner au travail, mais sa condition physique ne le lui permettant pas, l'arrêt de travail est de nouveau nécessaire. Après avoir changé de médication et s'être mise davantage au repos, Maryse peut éviter l'hospitalisation et mener sa grossesse à terme. Maryse accouche normalement, sans difficultés supplémentaires d'un bébé en pleine santé.

Lorsqu'elle tombe enceinte une deuxième fois Maryse craint de revivre les symptômes de l'hyperémésis gravidarum, mais comme ceux-ci tardent à venir elle croit pouvoir vivre sa grossesse normalement, « comme la plupart des femmes enceintes ». Cependant, après quelques semaines, les nausées et les vomissements font leur apparition : « (...) moi je fais juste vomir toute la journée ». Ainsi, l'histoire se répète, à l'exception que cette fois l'hospitalisation est nécessaire. Maryse est donc hospitalisée pendant trois jours où les médecins la réhydratent, en plus de lui imposer du repos. Toutefois, Maryse vit cette hospitalisation très durement du fait qu'elle est séparée de sa petite fille :

« J'ai pas aimé ça parce que c'était la première fois qu'avec Noémie j'étais pas là la nuit...j'ai pas aimé ça, j'ai dû me relaxer, pis quand j'aurais pu me relaxer j'aurais voulu être avec ma fille, c'est comme...le détachement ça été dur pour moi, la nuit je suis habituée.....ma fille dort avec nous...dans mon lit (...) la nuit est proche de moi, je l'entends, je la vois, je la regarde dormir, c'est quelque chose que j'ai trouvé dur la nuit là ».

Après trois jours à l'hôpital, Maryse demande de retourner à la maison, malgré les réticences des médecins, ceux-ci souhaitant la garder plus longtemps. Cependant, pour Maryse, la séparation d'avec sa fille devient trop insupportable, motivant ainsi sa demande de retour prématuré à la maison.

La grossesse actuelle est plus difficile à vivre pour Maryse, en raison de la présence de sa fille qui lui demande beaucoup d'attention et de soins. Elle se sent coupable d'être aussi fatiguée et de ne pas être aussi présente pour elle. De plus, ce sentiment de culpabilité s'étend également à son conjoint qui doit s'impliquer davantage, tant dans les travaux ménagers, que dans la cuisine, et ce malgré les longues heures de travail qu'exige son emploi.

Maryse remarque, au cours de la présente grossesse, qu'elle est plus vulnérable au stress et à l'anxiété, notamment ceux provenant de ses parents, ces deux facteurs accentuant ses symptômes de nausées et de vomissements. À titre d'exemple, Maryse mentionne une fin de semaine passée uniquement avec son conjoint et sa fille en dehors de la ville, fin de semaine où elle a été pratiquement asymptomatique.

Histoire personnelle et familiale

Maryse a une histoire familiale marquée par la rencontre de deux cultures, celle de son père, la culture méditerranéenne et celle de sa mère, la culture québécoise. Pour Maryse, la relation avec son père se déroule sous le signe du conflit et de la mésentente, et ce, depuis sa petite enfance : « Tu sais, moi j'ai beaucoup défié mon père, je disais non il y a des affaires que j'accepte pas, en même temps je l'aimais beaucoup, facque je voulais le rendre heureux aussi...j'étais prise...prise entre deux feuxc'était dur mais euh ...avec mon père c'est pas facile ». L'histoire de leur relation prend d'ailleurs une place importante au cours de nos rencontres.

Si l'on considère le premier mariage de sa mère, Maryse est la seconde d'une famille de trois enfants. Toutefois, elle est également l'aînée du second mariage de sa mère avec son père, ayant un frère de deux ans son cadet. Très tôt dans son enfance, Maryse se sent très différente de sa famille, ni tout à fait méditerranéenne ni tout à fait québécoise. Déjà enfant, il lui apparaît que son père cherche à la contrôler et à lui dire quoi faire, ce qui vient créer des conflits entre eux, d'autant que Maryse se révèle être une enfant plutôt contestataire, refusant de se faire imposer quoi que ce soit, particulièrement de la part de son père : « c'est un papa qui donnait beaucoup d'amour, il n'était pas un mauvais papa, il donnait beaucoup d'amour, mais euh... il aimait beaucoup contrôler ». Selon Maryse son père, par cette attitude contrôlante, cherche à avoir un impact important sur ses enfants. Elle le décrit comme un homme très familial et traditionnel pour qui ses enfants et sa famille représentent « toute sa vie ». Malgré l'amour qu'elle porte à son père, Maryse le défie, cherchant très tôt à défendre sa mère contre des situations qu'elle considère injustes, notamment celles impliquant sa mère et la famille de son père, où sa mère, à ses yeux, ne peut faire le poids face aux demandes incessantes de celle-ci :

« Tsé je disais comme non, pourquoi ma tante devrait te laisser mes cousins pis eux autres he has fun, pis toute est beau, pis mon père il ne disait rien, pis mon père disait ah! en famille on s'aide, pis il disait, depuis que je suis toute petite, j'ai toujours eu un caractère fort, j'ai toujours dis ce que je pensais, pis moi je trouvais que c'était pas correct.....ma mère n'était pas obligé de préparer à manger pour tout le monde, pis mon père disait : ah! Tu as des problèmes..... c'était comme tout le temps moi qui créait des problèmes, pis juste fermer les yeux, pis moi je suis pas heureuse (...) j'ai toujours beaucoup

protégé ma mère... elle n'était pas capable (...) mon père était plus un homme autoritaire (...) moi je trouvais pas ça correct, facque je dénonçais ».

Par conséquent, pour Maryse, il devient impératif de protéger sa fille d'une répétition de sa propre histoire familiale marquée par le caractère autoritaire de son père, l'amenant ainsi à entreprendre une psychothérapie :

« C'est pour ça que j'ai décidé d'aller voir un psychologue au début, parce que j'allais moi-même avoir des enfants. Je ne voulais pas que ce modèle-là continue parce que j'ai vu beaucoup d'affaire, comme des grosses chicanes, mon père quand il y a des grosses chicanes...pis les enfants ils ont toute vu pis je trouvais pas ça bien, pis moi dans ma tête les enfants sont pas supposés voir ça (...) c'est quelque chose qu'on sait que moi ça m'a affectée ».

Dès la naissance de Noémie, Maryse impose ses règles à ses parents, particulièrement à son père, de façon à ce que leurs interactions avec celle-ci soient différentes de celles qu'elle a eu avec eux, notamment en ce qui concerne les aspects envahissants et contrôlant de son père.

En ce qui a trait à sa mère, Maryse la décrit comme une femme à la fois calme, forte, parfois faible et timide. Cependant, pour Maryse, le fait que sa mère ait eu de la difficulté à se faire accepter par la famille de son père, l'amène à prendre sa défense, refusant de la voir en position de difficulté et d'infériorité par rapport à celle-ci. Les comportements envahissants de la famille de son père laisse Maryse en manque de sa mère. Par conséquent, pour Maryse, il est très ardu d'avoir une relation « intime » avec sa mère et d'être ainsi proche d'elle, ce qu'elle déplore et regrette encore aujourd'hui. De plus, Maryse se sentait en compétition avec son frère aîné pour l'attention de sa mère. Il en est de même pour son frère cadet qui a accaparé beaucoup l'attention de sa mère en raison de ses problèmes de comportements violents, particulièrement à l'école.

Maryse regrette également de ne pas avoir eu la chance d'avoir de bonnes relations avec ses deux grands-mères. Elle n'en garde aucun bon souvenir, ne s'étant pas sentie acceptée de la part de sa grand-mère maternelle comme de sa grand-mère paternelle, en raison de sa double culture. En effet, pour Maryse, le fait qu'elle et son frère ne soient pas tout à fait québécois ou tout à fait méditerranéenne a contribué à ce sentiment de non

acceptation, favorisant ainsi les critiques à leur endroit, critiques qui ont beaucoup blessé Maryse, et dont elle cherche à protéger sa fille.

Maryse vit ainsi très durement les difficultés avec sa famille jusqu'au moment où elle rencontre l'homme qui partage sa vie depuis maintenant six ans et qui est d'origine sud-américaine. Cette rencontre a permis à Maryse d'expérimenter une autre façon d'être et de vivre les relations familiales. Maryse décrit son conjoint comme un homme calme, compréhensif, ayant beaucoup de compassion envers les autres et avec qui elle a une relation égalitaire. Pour la première fois, Maryse se sent belle et respectée dans sa personnalité. Par cette relation, elle réalise tout ce qui lui tient à cœur : les voyages, les enfants et une famille qui lui appartient et qui correspond à ses valeurs. Au niveau de ses relations avec les hommes, Maryse s'est toujours permis un libre arbitre, refusant ainsi tout conseil et tout commentaire de la part de son père.

5.3 Maria

Résumé

Maria est une femme âgée de 29 ans, originaire de Martinique. Elle en est à sa première grossesse. Les symptômes caractéristiques de l'hyperémésis gravidarum sont apparus dès les premières semaines de celle-ci. Maria habite chez sa mère en compagnie de ses deux frères. Son conjoint qui est le père du bébé habite également chez ses parents. Cette grossesse résulte simultanément d'un projet conscient, de même que d'un essai ayant pour but de vérifier leur capacité de procréation. Maria a une formation en design et d'adjointe administrative, mais travaille comme vendeuse dans le commerce au détail. Elle est en relation avec son conjoint depuis près d'un an et demi. Ils prévoient entamer la vie commune un an après la naissance du bébé. Au moment des rencontres, Maria est enceinte de 23 semaines, sachant ainsi qu'elle attend un garçon. Maria est la deuxième d'une famille de trois enfants, ayant deux frères. Ses parents ont immigré au Québec il y a près de trente-deux ans. Ceux-ci ont divorcé lorsque Maria était âgée environ de 2 ou 3 ans.

Anamnèse et manifestations de l'hyperémésis gravidarum

Dès les premières semaines de sa grossesse, Maria remarque la présence de fortes nausées et de nombreux vomissements. À ce moment, elle croit que ses malaises sont des manifestations normales de sa grossesse. Malgré les commentaires de sa mère qui constate qu'elle est souvent malade, Maria garde le secret de sa grossesse pendant une période d'environ deux mois par crainte d'une réaction de colère de sa part. Maria continue donc de se rendre au travail malgré ses malaises, étant contrainte parfois de revenir à la maison pour se reposer. À partir du moment où sa mère, sa famille et son entourage sont mis au courant de son état, les conseils fusent de partout, notamment celui de s'alimenter, malgré les symptômes. L'observation de ce conseil la conduira à l'hospitalisation :

« Ben c'est sûr au début j'entendais le monde qui me disait qu'il fallait manger même si on vomissait, moi ça resté dans ma tête, facque moi je mangeait pis ça restait vraiment pas, c'était toute de suite, ça allait...jusqu'au bout que je me suis évanouie, pis je suis rentrée à l'hôpital ».

Par conséquent, l'hospitalisation s'impose d'elle-même pour Maria, son corps n'en pouvant plus. Elle s'évanouit chez son médecin lors d'une visite de routine à quatre mois de grossesse. L'hospitalisation s'étend sur une durée de six jours, où au-delà de la réhydratation et de l'établissement d'une pharmacothérapie, Maria passe différents examens afin d'évaluer son état, les médecins s'inquiétant de l'importante perte de poids résultant de ses quatre premiers mois de grossesse, celle-ci se chiffrant autour de cinquante livres. C'est à ce moment que Maria apprend que son foie et ses reins ont été endommagés par la déshydratation causée par les nombreux vomissements. Ces dommages ont la possibilité d'être réversibles si Maria s'hydrate suffisamment et suit sa médication adéquatement. De retour à la maison, Maria est mise en arrêt de travail jusqu'au terme de sa grossesse compte tenu, non seulement de la gravité de son état liée aux symptômes de l'hyperémésis gravidarum, mais aussi en raison d'une dilatation précoce de son col de l'utérus et de la présence de bactéries dans son liquide amniotique. Maria se voit donc dans l'obligation de limiter considérablement ses déplacements au point où il lui est désormais interdit de sortir de la maison. Quant à ses déplacements à l'intérieur de celle-ci, ils doivent être restreints le plus possible.

Les difficultés physiques de Maria reliées à cette grossesse amènent son conjoint à « se retirer » momentanément de la relation, faisant ainsi réagir leurs familles respectives. Ces dernières souhaitent qu'il prenne davantage de responsabilités face à Maria et au bébé à venir. En effet, à l'annonce de la grossesse de Maria, sa famille et celle de son conjoint ont tenté de les convaincre de se marier, ce à quoi Maria était prête, mais qui a eu pour effet d'effrayer son conjoint. Après de nombreuses vacillations quant à la décision à prendre, ils décident finalement, d'un commun accord, de ne pas se marier. Maria souhaite tout de même qu'ils entament leur vie à deux. Pour ce faire, elle procède à la location d'un appartement. Cependant, son arrêt de travail, la diminution de salaire qui s'en est suivie et la relative immobilité dans laquelle Maria est confinée effraient à nouveau son conjoint quant aux responsabilités qui lui incombent :

« On dirait qui disait qu'il n'était pas prêt...pis...habiter en appartement il n'était pas prêt non plus parce qu'il pensait plus à son auto, il pensait pas qu'il allait avoir une grosse responsabilité à aller dans un appartement, payer un appartement, vu que moi je travaillais pas, mon salaire a diminué, facque là c'est lui il pensait qu'il allait faire toute, tout seul, faire l'épicerie, facque il s'est mis en retrait. Il trouvait tout le temps des excuses qui pouvait pas payer l'appart., qu'il avait son auto... ».

Après tous les allers et retours de son conjoint dans leur relation, Maria décide de mettre un terme au bail de l'appartement et d'accepter l'offre de sa mère de l'héberger pour le temps de sa grossesse, de même que pour l'année suivant l'accouchement. Ainsi, Maria et son conjoint demeurent en relation, cependant que chacun continue d'habiter chez leurs parents respectifs. Pour Maria la possibilité d'être une mère monoparentale ne l'effraie pas, même si la perspective d'habiter seule avec son enfant l'inquiète un peu. Elle se rassure toutefois en se disant que sa mère sera toujours là pour l'aider et que si celle-ci est parvenue à élever ses trois enfants seule, elle y parviendra elle aussi, le modèle de la mère monoparentale étant celui qu'elle a toujours connu.

Malgré qu'elle doive passer ses journées pratiquement seules, en plus de devoir limiter au maximum ses déplacements, Maria demeure positive, se refusant à trop penser à sa situation :

« Ben j'essaie de m'occuper à penser à d'autres choses aussi. Je ne veux pas non plus être trop focussée sur ça, que tsé s'il y a des choses qu'il faut que je fasse, tsé je demande de l'aide pis.....c'est sûr ma mère est là pis elle me surveille, pis qu'est-ce que tu as besoin, je vais le faire pour toi, fais attention, pis tout ça, facque j'essaie non plus de pas trop penser à ça ».

Histoire personnelle et familiale

Maria est la seconde d'une famille de trois enfants. Son frère aîné souffre d'une déficience intellectuelle légère, lui permettant toutefois d'occuper un emploi. Maria, sa mère et ses deux frères habitent donc tous ensemble dans le même appartement, tandis qu'au rez-de-chaussée habite la sœur de sa mère. Malgré le fait que Maria et sa famille habitent tous sous le même toit, ceux-ci communiquent peu entre eux, nous dit-elle.

La mère de Maria est née et s'est mariée en Martinique avant d'immigrer au Québec, il y a environ trente-deux ans, dans le but qu'elle et ses enfants à venir aient une meilleure vie. Dans un premier temps, elle arrive seule au Québec, pour ensuite être rejointe par son mari. Maria est née au Québec, mais a passé un peu plus des six premières années de sa vie auprès de ses grands-parents maternels en Martinique, en raison des difficultés éprouvées par sa mère lors du divorce, celle-ci étant débordée par cette séparation. Ainsi, Maria et son frère aîné ont été envoyés au pays afin d'être pris en charge par leurs grands-parents maternels. Maria se rappelle revenir régulièrement au Québec pour les vacances d'été afin de revoir sa mère. Conséquemment, cette séparation, à un âge si précoce, sème la confusion dans l'esprit de Maria quant à ses véritables parents, l'amenant à confondre ses parents et ses grands-parents, malgré que ceux-ci ne lui aient jamais caché l'existence de sa mère au Québec. « Quand j'ai commencé à avoir de la connaissance, là ils me disaient j'ai une mère ici, pis là moi je pensais que c'était des histoires, qu'ils me disaient des histoires ». Pour Maria ces six années passées auprès de ses grands-parents représentent des années de liberté où elle pouvait faire tout ce dont elle avait envie, où elle a été beaucoup gâtée, et où elle se sentait protégée. Maria décrit sa grand-mère comme une femme calme, neutre, qui lui parlait doucement et calmement lorsqu'elle faisait une erreur, contrairement à sa mère qui avait tendance à la chicaner fortement. Quant à son grand-père, elle le décrit comme un homme autoritaire et sévère, qui agissait parfois comme un « soldat », sauf avec elle où il était moins sévère. Lors du retour définitif de Maria au Québec, ses grands-parents l'accompagnent et vivent avec

elle, sa mère et ses frères jusqu'au grand froid de l'hiver, moment où ils retournent en Martinique. Ils feront ces allers et retours jusqu'à leur mort, il y a environ 16 ans.

En ce qui a trait à la relation avec ses parents, Maria demeure plutôt vague, confiant seulement que la relation avec sa mère n'a pas toujours été au beau fixe, ayant été ponctuée de différents conflits. Quant à la relation avec son père, Maria dit en garder peu de souvenir, à l'exception que celui-ci était plus autoritaire que sa mère, les empêchant ainsi d'aller jouer avec les voisins lorsqu'elle allait chez lui avec ses frères une fin de semaine sur deux. Elle se souvient également ne pas avoir eu le choix de ses repas et que pour toutes ses raisons, elle détestait les fins de semaines où son père avait leur garde. Elle se rappelle également avoir utilisé le caractère autoritaire de son grand-père maternel afin d'éviter ces fins de semaine de garde chez son père.

L'adolescence de Maria se déroule sous le signe des sorties au cinéma entre amies. Par contre, la relation avec sa mère semble assez tendue, celle-ci craignant, pour des raisons qu'ignore Maria, qu'elle se retrouve enceinte très jeune. Maria fait la rencontre de son conjoint au cours d'une cérémonie à l'église, celui-ci lui ayant été présenté par une amie. L'année suivante, elle le revoit dans un mariage et c'est à ce moment que débute leur relation. Pour Maria cependant, un doute s'installe quant à une possible relation avec lui :

« Au début j'étais pas sûre....pas sûre de lui, parce que quand je le voyais, il y avait des petites fêtes, pis y dormait tout le temps. Là il vient dans une fête, pis il dort, c'est pas quelqu'un.....il est un peu paresseux, mais... c'est pas quelqu'un à fréquenter parce qu'il travaillait tout le temps, il faisait des petites jobines, pis des fois il travaillait deux jobs, pis il faisait un le jour, un le soir, facque -là dans ma tête je me voyais pas avec lui, j'allais pas avoir le temps de bien le connaître. Après il a laissé la job, il a continué à travailler de jour ».

Malgré ses doutes, Maria entreprend une relation avec lui et lui propose, après quelques mois de fréquentation, de commencer une famille. Ce qu'il refuse dans un premier temps, pour finalement accepter.

5.4 Attitude des participantes au cours des entrevues

Cette section a pour but de présenter un aperçu des différentes attitudes qu'ont eues les participantes au cours des deux entrevues de recherche : communication verbale et non verbale, tenue vestimentaire, débit de parole, intonation, façon de recevoir la chercheur. Ces éléments nous paraissent suffisamment pertinents pour être insérés ici. Ceux-ci offrent un complément de recherche permettant d'enrichir, à notre point de vue, le portrait de ces femmes. Par leur présence, ces éléments ont participé à la création d'impressions chez la chercheur fournissant ainsi un matériel intéressant à l'élaboration d'un portrait.

Mélodie

Mélodie est la seule participante qui a préféré faire les entrevues à l'hôpital Sainte-Justine. Deux raisons ont justifié son choix : premièrement, le bureau de son mari étant situé à la maison elle souhaitait qu'on ne le dérange pas. Deuxièmement, les deux rencontres ont coïncidé avec des examens de routine pour sa grossesse. L'attitude de Mélodie est dans l'ensemble assez réservée : ton de voix de faible intensité, débit calme. Elle paraît fatiguée par ses symptômes et amortie par la médication. Malgré tous les désagréments que sa condition lui impose, elle se dit très heureuse d'être enceinte pour une seconde fois, quoiqu'un peu déçue que sa grossesse ne s'extériorise pas encore par la présence d'un ventre, et ce, en raison de la perte de poids causée par l'hyperémésis gravidarum.

Mélodie raconte son histoire avec beaucoup d'intensité. Elle devient très émotive lorsqu'elle aborde l'époque de la maladie de sa mère. Il nous apparaît évident que cet épisode est encore très actuel dans la vie de Mélodie, ce qui nous donne l'impression, à certains moments, d'avoir la petite fille de 8 ans devant nous. Son témoignage est très touchant, nous obligeant à retenir nos larmes par moments. Mélodie est motivée à participer aux deux entretiens et son discours semble teinté d'un désir de se présenter comme une bonne mère, une mère qui ne rejette pas son enfant à naître de façon inconsciente, une mère qui comprend les besoins des enfants. Ici, il nous semble que la femme se perd derrière la mère.

Maryse

Maryse nous reçoit chez elle, préférant cette option en raison de la présence à la maison de son premier enfant âgé d'à peine 1 an. Maryse se présente à nous comme une femme énergique, se laissant peu affecter par ses symptômes. Son débit de parole est assez rapide et sonore, mélangeant l'anglais et le français, ce qui, par moment, rend son récit difficile à suivre.

Maryse nous présente fièrement sa fille qui restera avec nous tout au long des entrevues, nous obligeant même à nous occuper d'elle lors de la passation du questionnaire. Les deux entrevues avec Maryse se sont avérées très difficiles à mener en raison de la « surprésence » de sa fille, celle-ci venant interrompre à plusieurs reprises le cours des entrevues par ses cris, particulièrement stridents lorsque Maryse aborde la relation à son père, de même que par son désir de jouer avec le matériel d'enregistrement, et ses nombreuses tentatives pour attirer notre attention et celle de sa mère. Maryse a donc « profité » de toutes les perches tendues par sa fille pour interrompre son discours, nous amenant toutes deux à perdre fréquemment le fil de l'entrevue. À la seconde rencontre, nous avons décidé de soulever cette observation à Maryse, qui a reconnu ne pas parler librement, refusant que sa fille soit un témoin auditif de son histoire personnelle difficile avec ses parents, particulièrement celle avec son père, dans une tentative de rompre avec la répétition de son vécu d'enfant prise au centre d'un discours d'adulte marqué par l'agressivité. Ceci nous a donc amenée à nous questionner sur l'éventuelle ambivalence de Maryse à participer aux entrevues. Souhaitait-elle montrer sa capacité à être une « bonne » mère, une mère axée sur le bien-être et le développement de la personnalité de son enfant, contrairement à ses parents qui n'ont jamais saisi ses besoins et sa personnalité, même aujourd'hui à l'âge adulte? Que penser de « l'utilisation » de sa fille comme frein à s'exprimer librement?

Maria

Maria est la participante la plus symptomatique de notre cohorte. Elle se doit de nous recevoir chez elle, ne pouvant sortir de la maison en raison de son état de santé précaire. Lors de notre arrivée, Maria est vêtue d'une robe de chambre et de pantoufles, nous paraissant davantage régressée que Maryse et Mélodie. Puisque Maria habite avec sa mère et ses deux

frères dans un petit appartement très encombré, nous avons donc eu peu de place pour faire les entrevues. Lors de la première rencontre, Maria nous a reçue seule à la maison. Or, lors de la seconde entrevue, nous étions trois, la cousine de Maria ayant passé tout le temps dans la pièce adjacente, une pièce sans porte. Que penser de la présence de cette troisième personne? Prend-elle le rôle d'un tiers entre moi et Maria afin d'éviter la fusion, ou lui sert-elle de gardienne d'un discours qui aurait pu être trop révélateur?

L'attitude de Maria lors des entrevues est plutôt réservée, répondant succinctement aux questions, donnant peu de détails. Maria nous dira plus tard qu'elle se révèle difficilement, préférant contourner les faits que de les exposer clairement. Maria paraît peu atteinte ou inquiète par ses symptômes et son état de santé fragile, comme si ceux-ci appartenaient à une autre personne. Par conséquent, elle nous paraît plutôt déconnectée des bouleversements à la fois corporels et psychiques que représente sa situation de femme vivant une grossesse difficile et à risque.

CHAPITRE VI

ANALYSE DES DONNÉES CLINIQUES

6.1 Présentation des thèmes composant l'arbre thématique

Cette section présente de façon plus détaillée les différents thèmes et rubriques qui composent l'arbre thématique. Dans un souci d'éviter la répétition et la confusion, nous avons choisi de présenter tous les thèmes composant une rubrique pour chaque participante une à la suite de l'autre. Chaque thème sera élaboré et illustré par des extraits de verbatims. L'arbre thématique a été construit de façon à refléter la prévalence des différents éléments du discours des participantes. De fait, les rubriques et les thèmes sont présentés en ordre croissant de l'importance qu'ils ont pris dans le discours de chacune des participantes. Par exemple, la rubrique « Univers relationnel », avec tous les thèmes qui l'accompagnent, représente le sujet le plus abordé de façon spontanée par les participantes. Il en est de même pour les autres rubriques et thèmes composant l'arbre thématique.

6.2 Arbre thématique

Rubriques	Thèmes
1) Univers relationnel	a) Les parents b) Le conjoint c) La famille élargie
2) La maladie	a) Réaction au diagnostic b) Compréhension de la maladie par les participantes c) Conséquences sur la vie de la présence de l'hyperémésis gravidarum d) L'hospitalisation

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 3) La grossesse | a) Histoire et circonstances de la grossesse |
| | b) Représentations du bébé à venir |
| | c) L'idéal versus la réalité |
| 4) Représentation des rôles parentaux | a) La mère versus la femme |
| | b) Le père |
| 5) La culpabilité | a) Envers le conjoint et l'enfant déjà né et à venir |
| | b) Envers la famille |

6.2.1 Rubrique 1 : L'univers relationnel

Cette rubrique se compose de trois thèmes : les parents, le conjoint et la famille élargie. Le thème des parents s'est imposé de lui-même pour deux des trois participantes, soient pour Mélodie et Maryse et a dû être introduit par la chercheuse pour Maria, celle-ci ne percevant pas la pertinence, ni le lien possible entre ses symptômes et sa famille.

Mélodie

Les parents

Comme nous l'avons précédemment mentionné, l'histoire familiale de Mélodie a été marquée par la maladie de sa mère, et l'absence de son père et des autres membres de la famille au cours de cette période. Conséquemment, Mélodie s'est sentie laissée à elle-même très jeune, devant prendre un grand nombre de responsabilités, qui, par moments, sont venues faire effraction dans sa capacité émotionnelle de les prendre et de les gérer. Ce qui ressort du discours de Mélodie c'est surtout l'impuissance dans laquelle elle a été confinée en tant qu'enfant, n'ayant d'autre choix que de subir les décisions des adultes, notamment celles de son père, décisions qu'elle considérait souvent comme inadéquates. Mélodie dit avoir beaucoup souffert de la « désimplication » graduelle de son père au fur et à mesure qu'elle et ses frères et sa sœur gagnaient en âge. Selon Mélodie, ce retrait de la part de son père a créé non seulement une grande insécurité chez elle, mais aussi une grande frustration liée au fait

qu'aucun adulte n'a perçu la charge de responsabilité qui pesait sur leurs épaules. Ainsi, Mélodie vit un profond sentiment d'injustice et d'impuissance par rapport à son enfance :

« (...) des fois, j'avais honte un peu de ces soins qu'on a été obligés de donner, un peu honte de la façon dont on a vécu. C'était à l'envers dans la maison, on était laissé à nous-mêmes, bon, même si je racontais tantôt que mon père il partait des fois deux jours, des fois sur le coup de la colère pis qu'on savait pas il était où, ben mon dieu tsé c'est quoi cette famille-là...ça pas d'allure dans un sens....mais ça m'appartient pas dans un autre sens, c'était pas moi l'adulte ».

En ce qui a trait à la relation à proprement parler avec sa mère, Mélodie dit en conserver principalement une image de femme malade et faible, gardant peu de souvenirs d'elle avant la maladie, mis à part qu'elle faisait du bénévolat à l'école primaire de ses enfants, ce que Mélodie se rappelle avoir beaucoup apprécié. Par conséquent, le fait que Mélodie n'ait conservé de sa mère qu'une image de femme et de mère diminuée par la maladie, doublée du fait que celle-ci est décédée alors que Mélodie n'était âgée que de 15 ans, n'a pas permis à cette dernière de récupérer l'image de sa mère comme modèle, à la fois de femme et de mère, laissant du coup un vide à ce niveau.

Le conjoint

Mélodie est en relation avec son conjoint depuis près de 12 ans. Elle a choisi un partenaire très responsable sur lequel elle peut toujours compter, un homme qu'elle décrit comme très compréhensif, respectueux, attentionné et rempli de compassion. Pour Mélodie son conjoint est sa principale source de soutien. Leur vie de couple et de futurs parents ont toutes deux été planifiées et programmées au cours de leurs années de vie commune. Ainsi, il était très clair pour Mélodie et son conjoint qu'ils ne souhaitent pas de « bébé-surprise » à l'adolescence et pendant leurs études, d'où l'importance de la contraception. Le conjoint de Mélodie adopte une attitude très prévenante à son égard :

« Ben moi, j'ai un conjoint qui est très patient, très attentionné (...) il va pas me faire des commentaires....où encore tu as trop mangé ou tu as pas assez mangé, tu aurais dû manger ci ou ça. Il va toujours me dire des choses, où il va tout le temps me respecter, m'apporter une petite débarbouillette, des choses comme ça ».

La famille élargie

Pour Mélodie, la famille s'est vite agrandie à la suite du décès de sa mère, son père s'étant remarié peu de temps après avec une femme plus jeune, celle-ci ayant donné très rapidement naissance à deux autres enfants. Par conséquent, dès l'adolescence, Mélodie s'est approprié un rôle de mère auprès de son demi-frère et de sa demi-sœur :

« J'ai l'impression que la naissance de ma sœur (demi-sœur), ça un peu apaisé tout le monde, je pense ça été vu comme un événement positif, pis.....moi ma sœur je l'ai gardée, je l'ai changée de couche, je l'ai bercé, je l'ai promenée en pousse-pousse, je l'ai emmenée en auto à l'école, il n'y a rien que...qu'on a pas faite....pis....maintenant j'ai un petit garçon, pis je le sais c'est quoi être la vraie maman, mais avant ça j'étais..... ».

Mélodie conserve encore aujourd'hui, une certaine rancune envers sa famille élargie (oncles, tantes), en raison de leur absence lors de la maladie de sa mère, leur reprochant de les avoir laissés à eux-mêmes, n'ayant pas cherché à organiser la vie familiale autrement afin de leur faciliter la vie : « Y aurait fallu que les autres adultes dans l'entourage trouvent une autre façon d'organiser la vie familiale ». Pour Mélodie, cette absence a été perçue comme un abandon, la laissant, encore aujourd'hui, avec un goût amer par rapport au non positionnement des adultes de la famille.

Maryse

Les parents

L'histoire relatée par Maryse concernant sa relation avec ses parents met principalement en scène son père et leurs difficultés relationnelles, tant passées qu'actuelles. Il ressort pour Maryse que le caractère contrôlant et envahissant de son père lui a laissée des blessures encore très vives aujourd'hui. Selon elle, une telle autorité, tant à son égard qu'envers tous les membres de sa famille, était plutôt excessive et abusive. Selon Maryse, cette attitude patriarcale n'a plutôt servi qu'à alimenter son désir de contradiction, de confrontation et d'affirmation. Pour Maryse, cette position hostile par rapport à son père lui a valu le titre de « celle qui créait toujours des problèmes ». Aux dires de Maryse, les difficultés avec son père ont été jusqu'à envahir la relation avec sa mère. En effet, aux yeux

de Maryse, sa mère a toujours fait abuser de sa bonté, à la fois par son père et par la famille de celui-ci. Maryse dit avoir beaucoup souffert de la distance dictée par les obligations de la vie familiale qu'imposait son père à sa mère, la laissant avec l'impression de ne pas avoir eu accès à celle-ci :

« Ma mère c'est pas quelqu'un qui laisse....elle a vécu un passé difficile elle aussi, mais eh....ma mère c'est une personne qui a le cœur sur la main pis eh...qui est très gentille... a va tout donner eh.....est très familiale, elle va toute faire pis tout ça, mais eh.....la seule affaire qu'a fait pas c'est qu'elle ne disait jamais non, facque des fois tsé comme mettons la famille de mon père, elle acceptait tout le temps, pis j'aurais aimé des fois avoir tsé plus de moments avec elle, pis on en avait, mais mon père des fois..... mon père il était présent dans tout mon père, facque des fois j'avais pas la chance d'être avec ma mère ».

Cette attitude protectrice de Maryse envers sa mère l'a laissée avec la forte sensation d'avoir été le parent de ses parents : « Tu sais ils ont eu besoin beaucoup de moi, mais c'est pas normal, c'est eux autres les parents pis toi l'enfant ». C'est pourquoi il est devenu primordial pour Maryse de s'extirper de ce modèle parental, ressentant fortement la nécessité de développer son propre modèle en dehors des « vieilles mentalités que représente sa culture familiale ».

Le conjoint

Maryse a choisi un partenaire d'une autre culture que celle de ses parents, ce qui, selon elle, vient faire une rupture avec son modèle parental. Comme pour plusieurs aspects de sa vie, Maryse impose non seulement son choix de partenaire à son père, mais aussi sa façon de vivre en couple, c'est-à-dire en dehors du mariage :

« Même si ça faisait un conflit, j'ai toujours dit que tu l'acceptes ou que tu l'acceptes pas, même s'il criait pis tout ça, moi c'est mon choix, pis tu peux pas rien faire avec ça, je vais pas sortir avec quelqu'un parce que toi tu vas être heureux tsé, facque j'ai toujours été ferme là-dessus (...) ».

Maryse décrit son conjoint comme un homme calme, compréhensif avec qui la relation s'est faite de façon naturelle et en douceur. Pour Maryse, son conjoint représente une excellente source d'aide et de soutien :

« (Ma famille) ça m'a affectée jusqu'à temps que je rencontre mon conjoint, pis mon conjoint il était plus calme lui, il m'a beaucoup aidée, il est super compréhensif...c'est quelqu'un que j'aime beaucoup, il m'a donné tellement de plaisir que ça m'a faite sentir belle, parce que plus jeune j'ai tellement eu de problèmes, c'est quelqu'une qui m'a tellement respectée, pis qui m'a montré tellement de belles choses...mon conjoint c'est beaucoup pour moi, c'est quelqu'un qui m'a beaucoup aidée ».

La famille élargie

Aux yeux de Maryse, la famille élargie notamment ses grands-parents, ses cousins, oncles et tantes paternels, ont tous occupé une trop grande place dans la vie familiale. Selon ses dires, non seulement ils étaient physiquement très présents à la maison, mais l'harmonie n'y régnait pas toujours, au point où Maryse raconte avoir été témoins de nombreuses chicanes où elle considère que les mots entendus lors de ces altercations ne devaient pas l'être par les enfants (dont elle), qui étaient témoins de la scène :

« Il a beaucoup eh..... comme mes grands-parents ils ont... ils avaient tout le temps des chicanes de famille, des grosses chicanes (...) pis nous autres on a toute vu ça, pis c'était très dramatique pis toute ça, pis il me semble que les enfants.....tsé comme Noémie il n'y a personne qui lève le ton, il n'y a personne qui sacre, des affaires comme ça (...) Parce que on sait que c'est des choses qui m'ont affecté ».

De plus, Maryse raconte ne pas avoir eu de bons rapports avec ses grands-parents paternels, qualifiant même sa grand-mère de « méchante ». Ainsi, Maryse dit ne pas avoir développé de relations « proches » avec ses grands-parents, tant paternels que maternels, n'ayant pas connu ces derniers (ceux-ci étant déjà décédés). Maryse raconte ne pas s'être sentie acceptée de la part de ses grands-parents paternels en raison de sa bi-culturalité. Pour Maryse, il est donc important de protéger sa fille des critiques potentielles pouvant provenir de ses grands-parents paternels.

Maria

Les parents

Maria a peu de choses à raconter sur la relation avec ses parents. Elle nous dit vivre actuellement avec sa mère, leur relation se limitant davantage à des éléments du quotidien,

ayant ainsi peu de conversation ensemble. Malgré l'apparente superficialité de la relation qui semble exister entre Maria et sa mère, il apparaît, à la lumière du discours de Maria, que sa mère occupe une place importante au niveau de sa prise en charge et de son sentiment de sécurité. Conséquemment, la perspective du départ de la maison familiale vient générer, chez Maria, une certaine anxiété :

« Ben ça fait un peu peur parce que j'ai toujours l'habitude de me lever pis elle est là, mes frères sont là, c'est sûr déménager... je vais me sentir un peu seule. Au moins ici il y a de l'action, il y a de la vie, comparé d'être seule, ben isolée... un peu facque ça fait peur un peu (...) facque je pense que je vais venir plus souvent chez ma mère pour passer le temps un peu ».

La relation entre Maria et son père est teintée du divorce de ses parents alors qu'elle était âgée de 2-3 ans. Celui-ci avait obtenu la garde de ses enfants une fin de semaine sur deux. Maria dit conserver de son père le souvenir d'un homme sévère et strict. Elle se rappelle ne pas avoir apprécié les fins de semaine de garde chez lui, en raison notamment de l'interdiction qui leur était posée de côtoyer les enfants des voisins, laissant donc Maria dans l'obligation de s'amuser avec ses deux frères. Aujourd'hui, Maria souligne ne plus avoir de contact avec son père, et ce, depuis plusieurs années.

Le conjoint

Le conjoint de Maria prend peu de place, à la fois dans son discours et dans la réalité concrète de leur relation, en plus d'être décrit comme un élément plus négatif que positif. Les nombreux allers et retours de celui-ci dans leur relation, de même que l'incertitude de cette dernière occupent l'avant-scène de nos entrevues. Dès leur première rencontre Maria raconte avoir des doutes quant au caractère « recommandable » de son conjoint. Toutefois, elle n'a pas hésité à lui demander, et ce dès le début de leur relation, d'avoir un enfant. Après avoir refusé dans un premier temps, son conjoint accepte finalement la demande de Maria de commencer une famille :

« C'est moi qui voulais au début, mais lui il n'était pas prêt.....il n'était pas pressé, il avait dit on attend, mais moi je voyais que l'âge avançait pis j'ai toujours voulu avoir des enfants, pis surtout je voulais commencer à 23 ans, facque c'est moi qui lui a proposé. Il n'a pas dit oui tout de suite....il a attendu, pis quand il a été prêt, c'est lui qui est venu ».

Cependant, la situation se complique quand Maria tombe réellement enceinte. C'est alors que les deux familles s'allient afin que Maria et son conjoint se marient, ce qui fait fuir celui-ci. Commencent alors les nombreuses oscillations de leur couple. Finalement, Maria décide de demeurer chez sa mère jusqu'à l'accouchement et pour la première année de vie de l'enfant, son conjoint venant lui rendre visite occasionnellement.

La famille élargie

La famille élargie occupe une place importante dans la vie de Maria, tant ses grands-parents maternels au cours de l'enfance, que ses tantes au moment de l'annonce de sa grossesse. L'enfance de Maria est donc marquée par la présence de ses grands-parents maternels, ayant grandi auprès d'eux en Martinique les six premières années de sa vie. Maria confond à quelques reprises au cours des entrevues parents et grands-parents. Elle mentionne avoir été davantage attristée par la mort de ces derniers que par le départ et l'absence de son père tout au long de sa vie.

« Ah! ben c'était mag....magnifique de vivre avec mes grands-parents parce qu'ils me gâtait beaucoup, facque moi dans ma tête je voyais pas souvent ma mère, facque eux autres pour moi c'était mes parents (...) j'ai été beaucoup gâtée avec eux autres, même quand j'étais ici, je faisais des petites choses que....que ma mère était pas d'accord, mais mes parents ils me disaient....euh.....mes grands-parents ils me disaient c'est correct, laisse-là, c'est une enfant, facque (...) ils me protégeait beaucoup ».

Quant à la présence et au rôle de ses tantes au moment de l'annonce de sa grossesse, ils ont fait l'objet de discussions et de prises de décision pour Maria et son conjoint en ce qui a trait à leur avenir. Cette attitude contrôlante de la part de ses tantes a peu dérangé Maria.

6.2.2 Rubrique 2 : La maladie

Cette rubrique se compose de quatre thèmes : la réaction des participantes au diagnostic, leur compréhension de la maladie, les conséquences de ces symptômes sur leur vie et finalement l'expérience de l'hospitalisation.

Mélodie

Réaction au diagnostic

Lors de l'annonce du diagnostic, Mélodie raconte ne pas avoir perçu immédiatement l'ampleur de l'affection dont elle était atteinte. Elle souligne n'avoir jamais pensé qu'une telle chose pouvait lui arriver. C'est donc un mélange de surprise et d'insouciance qui s'installent dans un premier temps chez elle. Cependant, lorsque la médication échoue à la soulager, la perception de Mélodie par rapport à la maladie commence à se transformer, gagnant en niveau de gravité dans son esprit. L'arrêt de travail et l'hospitalisation commencent sérieusement à la décourager : « C'est là que je me suis dit, là ouais c'est plus *rough* que peut-être pour les autres-là...euh.....mais bon j'ai pas euh.....c'est beaucoup euh....un peu assommée ».

Le rapport de Mélodie face à ce diagnostic et la souffrance associée, est grandement teinté par son incapacité à exprimer et à expliquer ses symptômes, de même que par l'incompréhension et le manque de compassion ressentie de la part du système médical, d'autant que Mélodie, en plus d'occuper un emploi dans le domaine de la santé, a une formation d'infirmière. Une grande source de frustration pour Mélodie a été la sensation de perdre le contrôle de son corps :

« Mais je pense que dans ma tête, je me dis j'ai quand même un certain contrôle sur qu'est-ce que j'arrive à boire, qu'est-ce que j'arrive à manger, pis j'ai toujours je pense l'espoir justement de me garder hydratée avec les consignes, les connaissances qu'on a, les médicaments qui aident un peu...mais moi je m'étais fait dire qu'avec les médicaments maintenant il y a quand même moins de femmes qui ont besoin d'être hospitalisée, des choses comme ça (...) moi je me disais tout le temps, il me semble c'est pas sorcier, je devrais être capable de contrôler un peu....pis je me rend compte que la réponse c'est non, pas tout l'temps ».

S'installe alors une dichotomie dans l'esprit de Mélodie, un non sens qu'elle ne parvient pas accepter :

« (...) ça pas de logique de faire un si beau bébé, d'être enceinte que c'est tellement le fun, pis moi c'était planifié mes deux grossesses, mon petit garçon il est magnifique, je recommencerais n'importe quand, pis tout le

monde me fait tout le temps des blagues : ça vaut la peine tu les fait tellement beau tes bébés euh....d'avoir ça qui est tellement merveilleux, pis de voir qu'on se sent tellement mal en même temps ».

Lors de sa seconde grossesse, Mélodie a espéré que l'hyperémésis gravidarum ne se représente pas. Elle s'est dite que ce diagnostic ne serait pas une « fatalité » pour elle. Lorsque les nausées se sont présentées en début de grossesse, elle a refusé d'y attacher immédiatement l'étiquette de l'hyperémésis, essayant de se donner le droit de vivre différemment cette seconde grossesse : « J'ai essayé de me donner la chance de ne pas répéter mon histoire avant justement d'avoir commencé ». Cependant, lors de la découverte de cétones dans ses urines le diagnostic tombe à nouveau.

Compréhension de la maladie par les participantes

Les théories de Mélodie sur l'hyperémésis gravidarum tirent essentiellement leurs origines de ses études d'infirmière, de même que de ses stages auprès de femmes présentant des grossesses à risque. Plusieurs hypothèses lui viennent à l'esprit : présence de grossesses non désirées, ce dont elle s'empresse de révoquer, fragilité de l'estomac, tempérament anxieux.

« Dans ma tête, pour moi c'était clair que c'était désiré mes grossesses, pis tout ça, facque peut-être que je manque ben gros d'insight, mais je ne sentais pas..... Il y avait quelqu'un qui m'avait dit qu'elle connaissait un psychiatre qui guérissait ça, facque je me disais bon ben il doit y avoir une grosse composante psychologique, tsé je le sais que j'ai un tempérament anxieux, facque je me disais peut-être que ça contribue euh...facque je me disais aussi j'ai tendance...j'ai l'estomac sensible. (...) ».

Mélodie s'interroge donc à plusieurs reprises à savoir si elle a fait tout ce qu'il fallait, si elle a vraiment tout tenté et tout essayé afin de guérir, ou à tout le moins diminuer les symptômes de l'hyperémésis gravidarum:

« Tsé des fois c'est de se dire j'ai tout essayé pour que ça aille mieux. Il y avait quelqu'un qui m'avait suggéré l'acuponcture, honnêtement je l'ai pas essayé. Tsé c'est à peu près rendu la dernière affaire que je peux dire que j'aurais pu essayer, mais euh...facque dans le fond c'est pas relié à moi personnellement, mais je me suis posé la question aussi est-ce que j'ai tout essayé. (...) C'est sûr que... de se dire au niveau de pas accepter la grossesse... que j'ai des difficultés à....à relier ça à moi, parce que bon la

première fois c'était voulu tout ça...c'est sûr que c'est peut-être plus inquiétant de devenir parent la première fois (...) mais là la deuxième fois je me disais je sais c'est quoi être parent....c'est voulu ».

Par ailleurs, Mélodie se questionne à savoir si ses inquiétudes à l'effet d'avoir un bébé anormal et avec des malformations, pourraient avoir à faire avec la présence des symptômes de l'hyperémésis gravidarum. Malgré l'arrivée d'un premier enfant en santé lors de sa première grossesse, Mélodie ne se dit pas rassurée pour sa grossesse actuelle, d'où une possible explication, pour elle, d'un retour de l'hyperémésis de grossesse en grossesse.

Conséquences sur la vie de la présence de l'hyperémésis gravidarum

Pour Mélodie, une des principales conséquences de la présence de l'hyperémésis gravidarum, au-delà des désagréments physiques, est le fait qu'elle se voit dans l'obligation d'être en arrêt de travail pendant plusieurs semaines. Mélodie a du mal à accepter cette interruption de la vie active, d'autant que la majorité des femmes enceintes n'ont pas à interrompre prématurément leur présence sur le marché du travail avant la période prescrite par leur congé de maternité. Mélodie compare alors sa capacité au travail avec celle d'autres femmes enceintes, se dénigrant par moment : « Est-ce que moi ma situation est vraiment à part, extrême ou qui se justifie? Des fois j'me dis coudonc c'est tu moi qui est pas correcte, c'est tu moi qui en mets plus que les autres? ».

Contrairement à sa première grossesse, Mélodie doit assumer, lors de la grossesse actuelle, des conséquences par rapport à son premier enfant. Elle tente de garder la vie de celui-ci le plus normale possible, ce qui ne va pas sans effort :

« C'est sûr que les repas.....souvent....mon chum pis le bébé vont manger ensemble....des fois je vais juste grignoter un petit peu...aller me coucher. Je vais moins souvent manger avec eux, quand avant on mangeait tout le temps ensemble pour souper, pour déjeuner ».

La présence de son premier enfant crée donc une souffrance supplémentaire pour Mélodie, rendant sa grossesse plus difficile.

L'hospitalisation

Mélodie a été hospitalisée à la fois lors de sa première grossesse et de la grossesse actuelle. Dans les deux cas, les circonstances entourant ses hospitalisations sont similaires, c'est-à-dire que le conjoint de Mélodie s'apprêtait à partir en voyage d'affaires, ce qu'il s'est vu obligé d'annuler à deux reprises, les hospitalisations de Mélodie survenant au même moment. Le conjoint de Mélodie a donc dû prendre soins d'elle en lieu et place de ses voyages d'affaires :

« (...) la première fois que j'ai été hospitalisée, bon j'allais vraiment pas bien, pis à la première grossesse, pis là il devait partir en voyage d'affaires pis moi je lui avais dit 2 semaines à l'avance, je ne vais pas bien, je ne serai pas capable de rester toute seule, pis il me disais j'ai vraiment besoin d'aller là, pis tout ça, pis finalement, c'est un peu drôle, parce que j'ai été hospitalisée au moment où il devait partir....donc il a annulé ses choses en disant : ben Mélodie est à l'hôpital, je vais rester avec elle. Pis la deuxième fois, la même chose s'est présentée quand il devait aller à Vancouver (...) facque il est resté encore une fois ».

Maryse

Réaction au diagnostic

La principale réaction de Maryse au diagnostic d'hyperémésis gravidarum a été de craindre pour la santé de son bébé. Lorsque nous lui demandons sa réaction lors de l'annonce du diagnostic, Maryse répond :

« Ben....je sais pas....je me suis dit que c'était dur, c'était fatigant et tout, mais tsé je me suis dit je vais avoir un beau bébé correct, mais j'ai eu peur parce que exemple tsé, comme, j'veux dire....ben j'avais peur que ça affecte le bébé...c'était ma première préoccupation, mais le médecin me disait tant que tu n'es pas déshydratée ça affecte pas ton bébé.....mais ça m'a fait peur.....c'est juste que ça m'a épuisée beaucoup ».

Compréhension de la maladie par les participantes

Maryse attribue la présence de l'hyperémésis gravidarum dans sa vie au stress. Pour elle, ce facteur se veut une preuve de la présence d'une composante psychologique à ce trouble. En effet, Maryse raconte qu'elle et son conjoint ont tous deux remarqué une

augmentation de ses symptômes en période de stress, principalement le stress provenant de la relation à son père. Elle donne en exemple une fin de semaine en camping, passée seule avec son conjoint et sa fille et loin de ses parents, particulièrement de son père, fin de semaine où elle a été pratiquement asymptomatique. Ainsi, Maryse identifie la relation à son père comme source principale de stress et par conséquent comme facteur aggravant ses symptômes d'hyperémésis gravidarum.

« Je passe mon temps à lui dire (à son père) fais pas ça, fais pas si, pis dis pas ça. Pis tsé you don't come alone. Facque il vient quand mon conjoint est là. Ne vient pas tout seul, amène mon frère. Genre c'est là que j'ai commencé à être dure, j'essayais de trouver une façon pour que moi je stress pas, parce que quand je suis stressée ça me prend toute mon énergie, tu es épuisée, tu as plus mal au cœur.....facque c'est pour ça que j'ai commencé à trouver mes trucs ».

Un cercle vicieux se dessine donc pour Maryse où la présence de son père génère un état de stress qui augmente ses symptômes, Maryse réagissant à ce stress par une reviviscence de son passé, notamment des conflits de la relation difficile avec son père, ce qui alimente son état de stress. La seule solution pour Maryse est donc de limiter les moments seuls en compagnie de son père.

Conséquences sur la vie de la présence de l'hyperémésis gravidarum

Les principales conséquences de l'hyperémésis gravidarum sur la vie de Maryse sont les arrêts de travail. Ceux-ci se sont déroulés en deux temps lors de sa première grossesse, un premier arrêt d'une durée d'environ un mois et demi suivi d'une tentative de retour au travail, tentative qui s'est soldée par un autre arrêt de travail en raison de ses nombreux vomissements. Maryse remarque une diminution de l'intensité des symptômes de nausées et de vomissements lors de la présente grossesse par rapport à la grossesse précédente. Une autre conséquence pour Maryse est sa capacité limitée à prendre soins et à jouer avec sa fille, lui donnant l'impression de ne pas profiter des moments passés avec celle-ci : « Mais c'est pas tous les jours (les nausées et vomissements), mais quand ça me prend beaucoup, je voudrais jouer avec elle, mais je fais juste vomir.....c'est dur.....j'aime pas ça ».

L'hospitalisation

Malgré l'intensité des symptômes de Maryse lors de sa première grossesse, l'hospitalisation n'a pas été requise, la médication et le repos ayant été suffisants à la soulager. Or, pour la grossesse actuelle, l'hospitalisation s'est avérée nécessaire, et ce, malgré des symptômes, en apparence, de moindre intensité. L'hospitalisation a été vécue par Maryse comme une épreuve, celle d'être séparée de sa fille. Par conséquent, Maryse a demandé aux médecins qu'ils écourtent son séjour à l'hôpital, ne pouvant plus tolérer cette séparation :

« J'ai pas aimé ça parce que c'était la première fois qu'avec Noémie j'étais pas là la nuit.....j'ai pas aimé ça, j'ai dû me relaxer, pis quand j'aurais pu me relaxer j'aurais voulu être avec ma fille, tsé c'est comme.....le détachement ça été dur pour moi, la nuit je suis habituée....ma fille dort avec nous o.k.....dans mon lit.....(rire) elle dort avec nous, la nuit est proche de moi, je l'entends, je la vois, je la regarde dormir c'est quelque chose (inaudible) facque j'ai trouvé ça dur la nuit là ».

Maria

Réaction au diagnostic

Pour Maria l'annonce du diagnostic d'hyperémésis gravidarum ne produit pas de réaction chez elle. Elle a simplement écouté ce que les médecins avaient à lui dire sur le sujet, sans plus :

« Ben j'ai pas vraiment figé dessus, c'est juste qu'il m'expliquait que ça existait facque j'ai pas vraiment réagi.....c'est quelque chose de rare oui, mais comme je vous dis j'ai pas vraiment..... réagis à ça ».

Compréhension de la maladie par les participantes

En réponse à la question à savoir si elle s'était érigée des théories sur les raisons qui l'ont amené à développer une telle affection lors de sa grossesse, Maria n'avait aucune réponse à donner. Selon ses dires, ce n'est qu'une question de hasard et de coïncidence.

Conséquences sur la vie de la présence de l'hyperémésis gravidarum

Pour Maria les principales conséquences de la présence de symptômes de l'hyperémésis gravidarum s'incarnent au niveau de son corps par plusieurs atteintes à différents organes, c'est-à-dire le foie, les reins, le liquide amniotique, et le col de l'utérus de même que par une perte de poids importante. Le foie et les reins ont tous deux été affectés par l'importante déshydratation résultant des nombreux vomissements de Maria. Quant au liquide amniotique, il a été infecté par une bactérie provenant de la dilatation précoc du col de l'utérus. Ainsi, Maria est confinée à la maison, sans trop marcher ni bouger. Par conséquent, Maria est en arrêt de travail depuis plusieurs semaines, d'où la présence de difficultés financières, Maria occupant un emploi précaire dans la vente au détail. Ces difficultés expliquent, pour Maria, la cohabitation avec sa mère.

L'hospitalisation

Maria est hospitalisée à la suite de plusieurs semaines consécutives de violentes nausées et de nombreux vomissements. Malgré l'intensité de ces symptômes et les commentaires de son entourage, Maria refuse l'hospitalisation, d'une part parce que pour elle vomir est tout à fait normal lors d'une grossesse, mais surtout parce qu'elle craignait de se retrouver seule à l'hôpital. Elle finit donc par s'effondrer lors d'une visite de routine chez son médecin, celui-ci la faisant hospitaliser d'urgence. C'est à ce moment que le diagnostic tombe et que les médecins constatent l'ampleur des atteintes à ses organes.

« Je pensais que c'était normal (rire), c'est quand j'ai perdu beaucoup de poids...que je ne pouvais plus marcher, que je ne pouvais plus faire des activités comme avant que là....j'ai pensé un peu, mais je ne voulais pas rester non plus à l'hôpital, dormir tout ça, j'avais jamais été à l'hôpital.....pour dormir, facque ça m'inquiétait un peu (...) le fait d'être toute seule dans une chambre je ne voulais pas ».

Finalement, la mère de Maria lui rend visite tous les matins très tôt afin de prendre soins d'elle, ses amies occupant l'après-midi :

« Ça s'est quand même bien passé, j'avais beaucoup de visite, facque ma mère venait de bonne heure pour moi, elle m'occupait, elle passait du temps avec moi, pis après ça elle s'en allait, pis l'après-midi il y avait mes amies qui venaient, pis le soir c'était la famille aussi facque.....ça s'est bien passé ».

6.2.3 Rubrique 3 : la grossesse

Cette rubrique se compose de deux thèmes, soit l'histoire et les circonstances entourant la décision de devenir enceinte et le déroulement de la grossesse entre l'idéal et la réalité.

Mélodie

Histoire et circonstances de la grossesse

Mélodie et son conjoint ont toujours voulu avoir des enfants. Leurs études de maîtrise terminées et le stage de monsieur complété, ils décident dans un premier temps de se marier pour ensuite fonder une famille. Pour Mélodie, il est très important que le mariage ait lieu avant les enfants. « J'le sais pas pourquoi, moi j'y avais dit que j'voulais pas me marier quand les enfants étaient nés, mais avant d'avoir ma famille, ou on s' mariait pas, pis ça aurait aussi été correct là (...) c'était clair on était d'accord avec ça ».

Craignant de devoir attendre plus de six mois avant de tomber enceinte après l'arrêt de la contraception, comme son frère et sa femme l'ont vécu, Mélodie et son conjoint décident d'interrompre celle-ci trois mois avant le mariage, histoire de prendre un peu d'avance sur la nature. Or, une surprise les attendait. En effet, Mélodie tombe enceinte après seulement un mois d'essai. À ce moment, elle pense avoir tout prévu, à l'exception des nausées et des vomissements :

« Je me trouvais bien intelligente, mais après ça je me suis rendu compte que la vie m'a rattrapée d'une autre façon. J'avais calculé euh...mes semaines à peu près pis j'avais dit on peut arrêter la contraception avant de se marier, pis si ça prend 6 mois, on aura déjà 3 mois de fait, pis tout ça, pis moi j'avais calculé que même si ça marchait pareil, ça paraîtrait pas au mariage. Facque on s'était dit c'est correct comme ça, pis pas de doute sur notre plan de partir une famille, mais pas de stress ».

Cependant, puisque les fortes nausées et les vomissements débutent très tôt dans la grossesse de Mélodie, celle-ci se marie deux semaines après avoir été hospitalisée, alors qu'elle est au plus fort de ses symptômes.

Contrairement à la première grossesse où tout se fait rapidement, la seconde grossesse de Mélodie met plus de temps avant de s'enclencher. Mélodie et son conjoint ont très hâte d'avoir un second enfant. Toutefois, il leur faut compter environ neuf mois avant que leurs tentatives soient couronnées de succès. En effet, au bout de quelques mois d'essais infructueux, le conjoint de Mélodie contracte une méningite, requérant une hospitalisation d'une durée de dix jours, suivie d'une période de repos. De plus, le risque de contagion les oblige à prendre une certaine distance l'un de l'autre. Quand Mélodie tombe finalement enceinte, ils sont tous deux très heureux, d'autant qu'ils ont eu davantage de difficultés à y parvenir. Cependant, malgré les commentaires de son entourage, Mélodie ne croit pas avoir à revivre l'hyperémésis gravidarum. C'est pourquoi, lorsque les nausées font leur apparition, elle tente de se convaincre que cette fois-ci, elles seront d'intensité normale, refusant d'y attacher immédiatement l'étiquette d'hyperémésis :

« J'essayais quand même de me dire justement chaque grossesse est différente, pis que je me disais si c'est ça, on fera face.....une chose à la fois, une journée à la fois, mais.....je pense que j'ai essayé de me donner la chance de ne pas répéter mon histoire avant justement d'avoir commencé, tsé je me disais cela se peut que j'en n'ai pas (...) j'essayais de me donner la chance que se soit une grossesse normale (...) ».

Malheureusement pour Mélodie et son conjoint, l'histoire se répète.

Représentations du bébé à venir

Selon les dires de Mélodie, imaginer le bébé à venir s'est avéré plus difficile qu'elle ne l'aurait cru, en raison de la présence de l'hyperémésis gravidarum, les symptômes occupant presque entièrement l'avant scène. Par conséquent, la première partie de la première grossesse de Mélodie a été marquée par une représentation floue de son bébé à venir. Quant à la grossesse actuelle, les choses semblent se présenter différemment. En effet, pour Mélodie, la représentation de son bébé à venir s'établit, cette fois-ci en comparaison de son premier enfant :

« Là c'est un floue, mais je ne me demande plus si il va ressembler à son frère, pis est-ce que ça va être un garçon. C'est sûr mon petit garçon il m'en parle du bébé que j'ai dans le ventre....ça rend ça concret (...) mais en première partie de...quand ça va vraiment mal...à peu près au moment où

j'ai été hospitalisée....c'est des choses que je trouvais un peu difficiles parce que j'avais tendance à l'oublier ça ».

Les mouvements fœtaux viennent donc pour Mélodie faire entrer le bébé à venir dans une réalité plus définie : « Chaque fois que j'le sens bouger, j'visualise ce que j'ai vu pendant l'échographie ah!le p'tit bébé tout p'tit. Je me dis il est là, il bouge ».

L'idéal versus la réalité

Pour Mélodie, l'idée de tomber enceinte et de porter un enfant n'a pas suscité beaucoup de fantasme en ce qui concerne le déroulement de la grossesse ou encore les transformations physiques. Selon ses dires, elle n'avait pas imaginé de difficultés particulières. Seul l'accouchement suscitait une certaine appréhension. Pour elle, la grossesse devait se vivre comme un événement normal de la vie :

« Dans ma tête, il me semble que ça allait assez bien aller ou j'avais vu... pis je le savais qu'il y avait des inconforts reliés à la grossesse tout ça.....mais je me disais que ben pas toutes les femmes nécessairement, mais vraiment beaucoup de femmes sont passées par là, facque je me disais ben je suis pas différente d'une autre, il n'y a pas de raison pour que ce soit pire, pour que ce soit plus traumatisant (...) je devrais pas être plus troublée ou traumatisée qu'une autre ».

Ici, la présence de nausées et de vomissements amène Mélodie à lui faire presque oublier qu'un enfant grandit en elle, d'autant que le ventre arrondi tarde à poindre, en raison de la perte de poids concomitante aux symptômes de l'hyperémésis gravidarum. À cet égard, le ventre se fait ici porteur de la réalité concrète de la grossesse :

« Il me semble j'ai hâte d'avoir un gros ventre. Il y a un moment où on sent, soient les fesses du bébé ou la tête du bébé à travers le ventre, pis je me disais il me semble que j'ai hâte à ça parce que là ça va être plus concret ».

Mélodie remarque que les symptômes de l'hyperémésis gravidarum l'ont amené à porter son attention davantage sur elle-même que sur sa grossesse, et ce plus intensément lors de sa première grossesse, au point où elle et son conjoint n'ont pu faire des achats pour le bébé à venir que lorsque l'état de santé de Mélodie s'est amélioré. Pour celle-ci, tous les désagréments provoqués par l'hyperémésis gravidarum sont perçus comme autant d'effort pour avoir un enfant :

« Je me disais faut pas oublier que ça vaut la peine, qui il y a un bébé qui s'en vient, pis qu'il faut que j'fasse un effort pour ça, pis là comme j'ai dit maintenant c'est un peu plus facile parce que il bouge plusieurs fois par jour récemment pis.....ça me le rappelle.....il est plus gros ».

Maryse

Histoire et circonstances de la grossesse

Pour Maryse et son conjoint, il a toujours été évident qu'ils voulaient tous deux des enfants. Après quelques mois d'essais infructueux lors de sa première grossesse, ils consultent un médecin, qui décèle chez Maryse, un problème de glande thyroïde. Après avoir débuté la médication adéquate, Maryse tombe finalement enceinte, quelques mois plus tard. La seconde grossesse, tout comme la première, est un projet conscient, planifié et désiré par Maryse et son conjoint. Maryse attend avec impatience la venue de son futur bébé, trouvant des éléments positifs à sa grossesse, malgré les difficultés causées par l'hyperémésis gravidarum. Pour Maryse, la sensation d'être enceinte s'avère être une expérience très agréable à vivre, malgré le fait que ses deux grossesses ne se soient pas déroulées comme elle l'avait imaginé : devenir grosse, avoir des goûts particuliers et avoir mal au cœur seulement les premières semaines :

« Oui.....oui, j'ai des nausées, mais ce n'est pas si pire-là, je ne m'en plains pas..... c'est un petit effort, pis après tu as un bel enfant, pis je trouve que c'est comme o.k. (...) j'aime ça sentir qu'il y a un petit enfant...it's growing à l'intérieur de moi-là, je trouve ça ben spécial...c'est bien».

Représentations du bébé à venir

La représentation de Maryse face à son bébé à venir s'oriente essentiellement sur un questionnement par rapport à la personnalité de son futur enfant et sur son désir de lui donner autant que son premier. Maryse n'imagine pas l'image fournie par l'échographie lorsqu'elle pense à son futur bébé, n'ayant aucune sensation ou perception que ce sera une fille ou un garçon :

« J'ai hâte de découvrir mon enfant....oui, oui, oui, j'ai super hâte, je vois comment Noémie est devenue, pis.....elle a sa personnalité à elle (...) pis je lui donne beaucoup de liberté, pis je veux donner la même chose à l'autre

enfant. Je sais pas si c'est un petit garçon ou une petite fille, j'ai pas de...de....de...de I don't have any feelings, mais quoi que ça va être c'est pas grave, c'est quelque chose qu'on veut, c'est un enfant désiré ».

Ce que Maryse imagine et attend avec impatience, c'est davantage la rencontre des différentes personnalités, rencontre concrétisée par la réunion de toute la famille lors du congé de paternité de son conjoint : « J'ai hâte, j'ai vraiment hâte....sérieux, j'ai super hâte de nous voir avec, pis hâte au congé de paternité de mon conjoint, qu'on fasse tout ensemble ».

L'idéal versus la réalité

Avant de tomber enceinte, Maryse s'était forgé une représentation de sa grossesse traditionnelle où elle était assaillie de différents goûts de repas et d'aliments, en plus d'avoir un gros ventre. Elle souligne avoir pensé aux malaises typiques de la grossesse que sont les nausées et les vomissements, mais évidemment pas ceux de l'ampleur imposée par l'hyperémésis gravidarum. Cependant demeure pour Maryse le plaisir lié à la sensation de sentir la vie grandir en elle.

« Je ne sais pas.....comme ben tu prends du poids, te as plein de cravings, tsé ton conjoint pis toi vous le vivez ensemble, des choses qu'on a un peu vécu ensemble aussi pis, euh.....c'est ça.....j'ai pensé que tu avais mal au cœur au début mais pas.....que ça allait être comme ça ».

La réalité en a été autrement pour Maryse où les symptômes d'hyperémésis gravidarum sont venus assombrir l'idéal de la grossesse qu'elle s'était forgée. Ainsi, la grossesse est perçue par Maryse comme un effort à fournir pour avoir un « bel enfant », ce qui contraste avec sa représentation idéalisée.

Maria

Histoire et circonstances de la grossesse

Pour Maria, il est évident depuis sa plus tendre enfance qu'elle souhaite avoir plusieurs enfants. Lorsqu'elle rencontre son conjoint, très tôt elle lui propose d'essayer d'avoir un enfant, et ce malgré les nombreux doute à son égard. Celui-ci refuse, dans un

premier temps, ne se sentant pas prêt pour cette aventure. Après quelques mois, il finit par accepter et Maria tombe enceinte après deux mois d'essais seulement. « Ben au début, on voulait essayer pour voir si on pouvait avoir des enfants, mais c'était juste un essai qu'on voulait faire pis euh.....ça marché ». Le caractère inattendu de cette nouvelle ne surprend pas Maria qui est très heureuse de cette grossesse, malgré les réticences manifestes de son conjoint.

Représentations du bébé à venir

La représentation de Maria de son futur bébé s'appuie, d'une part sur celle fournie par l'échographie, où la taille de ce dernier est l'objet d'une grande surprise: « J'ai dit ah! Y'é p'tit!!!! Y'é p'tit pis déjà.....ça montre qu'y comprend aussi euh.....de pas l'ennuyer », et d'autre part de l'imaginaire de Maria où elle lui attribue d'emblée des traits de caractère précis avec lesquels elle suppose devoir composer dans l'avenir :

« Ben je pense qu'il va être tannant un peu.....comme on dit il se cache tout le temps quand on fait des tests, facque il bouge tout le temps, il se cache, facque je pense que ça va être un petit coquin-là. Il fait des culbutes, en disant on va écouter le cœur, il se plaçait d'une façon pour pas qu'on le trouve, les reins ben il se plaçait d'une autre façon, sinon il ne bougeait plus ».

L'idéal versus la réalité

Maria se dit très déçue de la façon dont sa grossesse se déroule, celle-ci s'inscrivant fortement en dehors de son idéal où elle s'était imaginé présenter avec fierté son ventre rebondi, ce dernier n'apparaissant que timidement malgré ses six mois de grossesse. L'hyperémésis gravidarum est donc venu jeter une ombre, tant sur l'idéal du déroulement de la grossesse que sur le nombre d'enfants qu'elle s'était imaginé avoir, c'est-à-dire, six au total :

« Ben moi je m'imaginais que j'allais avoir des jumeaux, des triplés, que j'allais avoir plusieurs enfants, pis aussi que euh.....que j'allais avoir un gros ventre, comparé à maintenant c'est pas ça qui est arrivé, facque là je me dis avec ce qui s'est passé, j'aime mieux attendre pour le deuxième, un petit peu plus tard au cas où ça recommencerais encore. Facque j'ai un petit peu de crainte pour le deuxième ».

Ainsi, pour Maria, la relation incertaine avec son conjoint ne constitue pas un frein à son désir de grossesse.

6.2.4 Rubrique 4 : Représentation des rôles parentaux

Cette rubrique se divise en deux thèmes, c'est-à-dire la représentation de la mère versus la femme et la représentation du père.

Mérodie

La mère versus la femme

Un des grands bouleversements induits par la présence de l'hyperémésis gravidarum au cours des deux grossesses de Mérodie est celui lié aux arrêts de travail et à ce que représentent pour elle ces interruptions : « Je suis comme passée d'un moment donné j'allais travailler à hospitalisée ». Le changement de statut entre la femme qui travaille et la mère qui demeure à la maison est difficile à accepter, d'autant que celui-ci est accompagné d'une forte impression d'incompréhension de la part de ses collègues de travail, pourtant infirmières. Pour Mérodie, demeurer à la maison se veut déprimant : « Facque cette ambivalence-là, ça va pas bien, faut que je me repose par rapport à tout le reste qui continue, c'est difficile ». Pour Mérodie, la carrière, prendre du temps pour soi et pour prendre soin de soi, représente différents éléments associés à la femme.

La représentation de Mérodie en ce qui concerne le rôle de mère s'est développée en fonction de ce qu'elle n'a pas reçu de sa propre mère et qu'elle aurait aimé avoir, autant que des trop grandes responsabilités dont elle a été affublée très jeune par rapport à la maladie de celle-ci. Par conséquent, l'élément principal sur lequel insiste beaucoup Mérodie est le sentiment de sécurité que la mère transmet à son enfant, sécurité qui passe notamment par une routine claire et stable. Un autre élément important qu'une mère doit donner à son enfant, selon Mérodie, est l'acceptation de ce dernier tel qu'il est, en s'intéressant à sa personnalité et non en lui déposant ses besoins et ses rêves sur ses épaules :

« Pis ce qui m'a manqué le plus, bon je vous disais que j'étais anxieuse quand mon père partait pis que j'avais peur qui revienne pas.....pour moi »

que.....les enfants autour de moi se sentent en sécurité.....(sanglots) c'est très important (long silence)....qui se sentent acceptés dans le fond comme ils sont (...) d'avoir un environnement où on se sent en sécurité, qu'on sait qu'on est pas tout seul, que maman est là si tu as besoin d'aide....c'est quelque chose sur lequel je vais beaucoup axer ».

Mérodie désire ardemment ne pas répéter son histoire avec ses enfants, d'où l'importance, pour elle, d'être et d'agir en adulte responsable lorsque l'on devient mère. À cet égard, la mère de Mérodie n'a donc pu faire office de modèle, ni en tant que femme, ni en tant que mère, la maladie l'ayant dépourvu de cette possibilité.

Le père

Selon Mérodie, les rôles de père et de mère auprès d'un enfant ne sont pas mutuellement exclusifs, mais plutôt complémentaires. Ainsi, le père doit avoir, tout comme la mère, un rôle de sécurité et d'acceptation. Cependant, là où Mérodie fait ressortir la différence entre les deux, est dans le rapport au jeu. Pour elle, le père peut se permettre davantage de faire des activités récréatives et sportives, avec son enfant, la mère ayant davantage un rôle d'éducation et de soins. À ses yeux, une telle attitude de la part des parents assure un équilibre à l'enfant, équilibre qu'elle considère ne pas avoir obtenu.

« Nous autres (les mères) y va venir se coller pis tout ça, pis c'est correct. S'il se fait un bobo, c'est plus souvent moi qu'il va venir voir, papa il est capable de le consoler pis je trouve ça correct, mais....des fois je vais peut-être lui dire donne moi-le je vais le consoler, pis c'est plus pour moi que.....que...c'est quelque chose d'important (...) Avec papa, ils vont faire d'autres activités où on a juste du fun, pis si on se cogne la tête, on se cognera la tête, pis je pense aussi que ça fait du bien parce que ça apporte une balance...pour moi c'est important qui fasse des activités ensemble...papa c'est très très très important, pis je me sens pas menacée là-dedans du tout euh....je suis super fière, je suis super contente euh....c'est pas nécessairement la même chose que moi j'ai eu avec mon père ».

Maryse

La mère versus la femme

Puisque Maryse rejette en bloc la culture de son père, culture dans laquelle elle a grandi et qu'elle qualifie de « vieille mentalité », il va de soi que ses modèles de femmes et

de mères se sont développés en opposition avec ce modèle. Maryse exprime avec force la nécessité de sortir du modèle familial afin de se créer ses propres modèles parentaux. Pour elle, les difficultés éprouvées par sa mère au sein de la famille de son père l'amène à chercher ailleurs un modèle, à la fois de femme et de mère. Pour Maryse la représentation de femme et de mère ont en commun l'obligation de se faire respecter. Ainsi, être une femme signifie avoir des opinions et se faire respecter, alors qu'être une mère c'est être affectueuse et respectée :

« Ce que j'ai appris, c'est pas de ma famille. Une femme, j'ai mes opinions, une maman c'est tendre, une femme c'est respectée, une femme c'est tout ce que j'ai, c'est tout ce que j'ai d'une femme, d'une mère, c'est pas quelqu'un qui est prise par-dessus, qu'on passe par-dessus, qu'on prend pas son opinion ».

Le père

Pour Maryse, la définition d'un père, tout comme celles de mère et de femme, s'est forgée en dehors du modèle familial. Ainsi, son modèle de père s'inspire de l'attitude de son conjoint envers leur fille, de sa façon d'être avec elle, de la liberté et de l'ouverture que lui offre ce dernier. Un père, c'est dans une large mesure être différent de son propre père.

« Un papa pour moi c'est quelqu'un qui est tendre, qui écoute sa fille pis qu'il est là vraiment pour elle, pis qui va jouer avec, pis qui va regarder pis qui va apprendre à connaître sa personnalité, pis qui va dire wow! À l'aime ces blocs-là, ben je vais m'y intéresser, pis aussi il ne va pas dire, il va pas lui dire, c'est pas quelqu'un qui va lui dire c'est quoi t'as dessiné, mais explique-moi ce que tu as fait, c'est quelqu'un qui est à l'écoute, pis qui va pas lui dicter des idées, il ne va pas lui donner....il va la guider, mais il ne va pas lui dire quoi faire avec sa vie, il ne va pas lui dire comme.....avec mon père je devais faire ce qu'il me disait sinon j'avais l'impression qu'il était déçu que j'avais pas agit comme il le voulait.....mais avec mon conjoint c'est pas ça ».

Maria

La mère versus la femme

Maria est très peu loquace en ce qui a trait à devoir expliquer et détailler ses représentations d'une mère et d'une femme. En ce qui concerne sa perception de ce qu'est

une femme, Maria souligne que c'est une question de responsabilité : « Être une femme c'est avoir les responsabilités de...de prendre les responsabilités quand c'est le temps ». Maria ne nous donnera pas de détails supplémentaires afin d'étayer sa pensée.

Quant à ses représentations d'une mère, Maria répond simplement en nous décrivant le genre de mère qu'elle souhaite être, c'est-à-dire une mère attentive à ses enfants, qui ne leur donne pour tout ce qu'ils veulent, mais qui sera présente le plus souvent possible.

Le père

Maria donne très peu de détails concernant ses représentations d'un père, tout comme elle l'a fait pour ses représentations d'une mère et d'une femme. Pour elle, la représentation d'un père est celle d'une image masculine traditionnelle. L'autorité s'avère pour Maria la caractéristique principale d'un père :

« Ben pour moi c'est avoir de l'aide, un support que si moi je peux pas faire quelque chose pour l'enfant, je peux pas le parler, ben il va avoir unun.....un père qui va être plus autoritaire, apprendre l'éducation des enfants, à jouer aussi avec eux autres, tsé pour pas que ça manque aussi le côté masculin, le côté parental euh...parental, le côté père, mais euh....pour moi c'est sûr que c'est plus l'autorité ».

6.2.5 Rubrique 5 : la culpabilité

La cinquième et dernière rubrique, la culpabilité, s'est imposée d'elle-même au cours des rencontres, n'ayant pas fait l'objet d'un sujet prédéterminé dans le schéma d'entrevue. Ainsi, les participantes l'ont amené de façon automatique par moment, alors qu'à d'autres celle-ci s'est dessinée plutôt en filigrane de leur discours. Cette rubrique est donc composée de deux thèmes, soient la culpabilité envers le conjoint, l'enfant déjà né et à venir et celle envers la famille.

Mélodie

La culpabilité envers le conjoint, l'enfant déjà né et à venir

Mélodie ressent beaucoup de culpabilité face à son conjoint et à son fils. En ce qui a trait à son fils, celle-ci concerne principalement son manque de disponibilité liée aux contraintes physiques que lui imposent les symptômes de l'hyperémésis gravidarum. Mélodie raconte se sentir particulièrement coupable des bouleversements que la maladie impose à la routine de son fils, craignant que celui-ci ne comprenne pas ou pire qu'il en soit affecté :

« Ben si moi j'étais malade, il pleurerait beaucoup pis euh....il ne voulait pas supposons s'habiller ou aller à la garderie parce que habituellement c'est tout le temps moi qui l'amenait à la garderie. C'est qu'il a deux ans là.....de savoir vraiment il pense...c'est.....pas évident ».

Quant à la culpabilité envers son conjoint, Mélodie l'exprime principalement par le surplus de travail que lui impose sa condition de santé, de même que par l'obligation de celui-ci de devoir faire défaut, par moment, à son emploi et à ses collègues de travail, et ce afin de demeurer avec elle.

La culpabilité envers la famille

Le principal sentiment de culpabilité que Mélodie ressent envers sa famille se dirige essentiellement sur la relation passée à sa mère et au sentiment de libération ressenti lors du placement de celle-ci en centre d'accueil :

« Je me rappelle la libération la première fois que j'ai ouvert la porte pis de voir qu'elle n'était pas là pis....ah!.....tsé on peut faire.....ben pas qu'on peut faire qu'est-ce qu'on veut, mais il n'a personne à s'occuper il n'y a pas de couches à changer, il n'y a pas de bain à donner, il n'y avait...il n'y avait rien, pis de me sentir un peu coupable de ça, mais dans le fond dans un autre sens je veux dire, euh....ma mère jamais elle a dit que c'était correct, elle a tout le temps dit qu'elle voulait revenir à la maison, pis là c'est ça j'avais 13-14 ans, pis dans ma tête-là, là j'ai mis une limite pis j'ai dit non ».

Mélodie souligne toutefois que l'époque de la maladie de sa mère, représente encore un sujet tabou au sein de sa famille immédiate, soit sa sœur, ses frères et son père, ne se disant pas prête à une confrontation de point de vue avec eux sur le sujet, craignant de devoir

justifier sa perception que la façon dont les choses se sont déroulées n'était pas adéquats pour des enfants de leurs âges.

Maryse

La culpabilité envers le conjoint, l'enfant déjà né et à venir

Maryse ressent une grande culpabilité par rapport à son conjoint en raison de la surcharge de travail découlant des complications de sa grossesse, d'autant que parfois il se voit dans l'obligation de faire de longues heures à son travail :

« Mon conjoint y travaille beaucoup (...) il fait des chiffres de 12 heures, des fois c'est de jour, des fois c'est la nuit, mais il est super, il fait beaucoup dans la maison, le ménage, tout, mais je me sens mal parce que lui il arrive à la maison, pis à la place de se relaxer, moi je fais juste vomir toute la journée, je suis capable de rien faire, je ne suis pas capable de cuisiner parce que ça me lève le cœur, pis je ne suis même pas capable de faire son café parce que ça me lève le cœur ».

Il en est de même pour sa fille avec qui Maryse se voit dans l'impossibilité de jouer, en raison des nombreux vomissements qui l'assaillent dans une journée et de la fatigue qui s'en suit.

La culpabilité envers la famille

La culpabilité ressentie par Maryse par rapport à sa famille prend différentes formes, tout en demeurant principalement axée sur la relation à son père. Dans un premier temps, Maryse exprime la culpabilité qu'elle a toujours ressentie, même enfant, face au fait de se percevoir différemment de sa famille et de faire des choix en fonction d'elle plutôt qu'en fonction du bien-être de la famille, ce que son père a toujours fait et valorisé, parfois au détriment de sa propre famille.

Ensuite, Maryse exprime la culpabilité liée au fait de devoir mettre des limites à son père dans sa façon d'interagir avec sa fille, cherchant ainsi à la protéger de la répétition du modèle familial qu'elle a connu et qui lui a été néfaste. De plus, Maryse vit une grande difficulté face au fait de tenir un discours négatif par rapport à son père, tant au cours des

entrevues que lorsqu'elle en parle en général. L'omniprésence de cette culpabilité a conduit Maryse à consulter un psychologue après la naissance de Noémie dans le but non seulement de se débarrasser de cette culpabilité, mais également pour faire la paix avec la relation qu'elle a eue avec son père et ainsi éviter la répétition de son histoire familiale :

« Avant j'avais consulté, mais je continuais jamais, j'avais de la culpabilité, oh! It's my father, tsé comme dans ma tête c'tait ah! Non je ne peux pas parler mal de lui, facque j'ai eu beaucoup de problème avec ça, facque je ne continuais jamais. Pis avec Noémie, mon conjoint pis moi on parlait beaucoup, pis j'avais beaucoup de problème avec les reproches enversNoémie....pas mon conjoint, mon père, pis il voulait.....tellement prendre les décisions ».

Maria

Le sentiment de culpabilité chez Maria ne s'est pas révélé lors des entrevues, cette dernière ne répondant que très succinctement et de façon très factuelle aux questions, ce qui ne signifie pas pour autant que Maria soit exempte de culpabilité par rapport à sa famille, son conjoint ou encore son enfant à venir. Cela signifie tout simplement que par les deux entrevues, il nous a été impossible d'avoir accès à ce sentiment, au même titre qu'à d'autres aspects de l'univers émotionnel de Maria, celle-ci, préférant, nous dit-elle, à la fin de la seconde entrevue, les garder pour elle :

« Je suis une personne calme, pis aussi je ne vais pas tout dire qu'est-ce que....j'ai a.....en dedans de moi. Je vais plus le cacher, au lieu de dire la vérité, je vais comme plus contourner un peu ».

6.3 Le MMPI-II : les résultats

Le recours au MMPI-II avait pour objectif, d'une part d'enrichir le matériel recueilli lors des rencontres avec les participantes, et d'autre part d'extraire un matériel intéressant quant à la structure de personnalité de ces dernières, permettant du coup, d'étoffer davantage leur portrait. Malheureusement, les résultats de ce test se sont avérés décevants pour nous, et ce malgré la validité de ce dernier. Nous y reviendrons ultérieurement.

Dans un premier temps, les tests de chacune de nos participantes ont tous réussi les échelles de validité (L, F, K), de même que les indicateurs de validité en ce qui concerne les

tentatives de falsification des réponses (Fb, VRIN, TRIN). Les tests des trois participantes se sont révélés très similaires dans la nature de leurs résultats c'est-à-dire qu'elles ont toutes obtenu des résultats se classant dans la même gamme. Ceux-ci se situent tous dans les marges inférieures du test, révélant des scores bruts très faibles. Nous avons choisi d'analyser les dix échelles cliniques, celles-ci nous apparaissant les plus pertinentes à notre recherche. Les résultats bruts sont présentés pour chaque échelle clinique dans l'ordre suivant des participantes : Mélodie, Maryse et Maria, suit une brève présentation de ce que chaque échelle est censée mesurer, pour terminer avec les interprétations correspondantes aux résultats obtenus par nos participantes selon le logiciel de correction

Informations obtenues sur les échelles cliniques

La première échelle mesurée par le MMPI-II est celle liée à l'hypocondrie. Cette échelle représente un modèle névrotique dont la caractéristique principale est une préoccupation extrême et bizarre par rapport à sa santé, de même que par ses fonctions physiques. De façon générale, les personnes présentant ce trait ont une faible vision intérieure (insight), sont très anxieuses, d'où leur besoin de consulter fréquemment leur médecin. Dans le cas de nos trois participantes, le résultat à cette échelle s'est avéré très bas, soit 7, 10 et 21. Selon le logiciel de correction utilisé, les individus qui obtiennent un tel résultat ne rapportent pas de problèmes ou de plaintes physiques et sont généralement perçus par les autres comme des personnes optimistes, sensibles, perspicaces et libres de préoccupations psychosomatiques.

La seconde échelle clinique est celle de la dépression. Elle a pour but de faire ressortir les désordres affectifs tels la tristesse, la faible estime de soi, une perte d'énergie et d'intérêt. Ici le résultat obtenu par nos trois participantes s'est également avéré très bas, soit 28, 32 et 28 ce que le logiciel traduit comme des individus joyeux, alertes, optimistes et confiants.

La troisième échelle que mesure le MMPI-II est l'échelle de l'hystérie, c'est-à-dire, celle qui exprime une condition névrotique dans laquelle un individu a recours, de façon exagérée, à des symptômes physiques afin d'éviter de résoudre des conflits et ainsi éviter les responsabilités. Les trois participantes ont obtenu des résultats de 12, 32 et 21, ce qui est peu

révélateur. Selon le logiciel de correction, une telle catégorie de résultats décrit un individu comme étant caustique, cynique, sarcastique et socialement isolé, en plus de l'identifier comme quelqu'un de socialement conformiste, ayant un petit éventail d'intérêts. Ces individus croient facilement que les autres sont trop optimistes.

La quatrième échelle mesurée est celle de la personnalité psychopathique. Ce désordre de la personnalité est caractérisé par une insouciance extrême envers les normes, à la fois sociales et morales. Les résultats obtenus par nos trois femmes enceintes sont 17, 31 et 19 (résultats bas, peu discriminant). Ces résultats révèlent généralement des personnes rigides et conventionnelles, dont la tolérance à la médiocrité et à l'ennui est supérieure aux autres. Ces personnes sont régulièrement décrites comme passive-dépendante.

La cinquième échelle est celle de la masculinité-féminité. Cette échelle a pour objectif de mesurer jusqu'à quel point un individu accepte ou non les rôles sexuels, de même que les stéréotypes relatifs à son orientation sexuelle. Les trois participantes ont obtenu les résultats suivants : 37, 41 et 36. Des résultats si bas sont habituellement obtenus par des femmes intéressées dans les rôles et activités traditionnellement féminins. Elles sont plutôt passives, soumises et qui fléchissent facilement.

La sixième échelle est l'échelle de la paranoïa. Celle-ci fait référence à la folie des grandeurs, au délire de persécution et aux hallucinations dont la résultante est la modification inadaptée des comportements de l'individu. À cette échelle, les participantes ont obtenu : 12, 22 et 9 (résultats bas, peu discriminant), ce qui est caractéristique d'individus confiants, insensibles et ignorant les motivations des autres.

La septième échelle clinique mesurée par le MMPI-II est l'échelle de la psychasténie. Celle-ci est principalement associée à des comportements obsessionnels compulsifs. À cette échelle, les participantes ont obtenu les résultats suivants : 13, 33 et 20. Des taux si faibles signifient, selon le logiciel de correction, que nous avons à faire à des personnes émotionnellement stables, libres de troubles émotifs, et confortables avec eux-mêmes. De façon générale ils sont indépendants, détendus et confiants de leur pouvoir et leur statut.

La huitième échelle est celle de la schizophrénie. Cette échelle tente de mesurer le manque de connexion entre l'affect et les cognitions. Nos participantes ont présenté des résultats de 10, 33 et 13 (résultats bas, peu discriminants). Le logiciel nous révèle que de tels résultats sont typiques de personnes conventionnelle, réaliste et peu intéressée par les questions théoriques et philosophiques. Elles tendent à être responsables et pratiques.

La neuvième et avant-dernière échelle est l'échelle de l'hypomanie dont les principales caractéristiques sont un important flot d'idées et la présence d'une grande excitation émotionnelle. Ici, les participantes ont obtenu : 12, 30 et 14 (résultats bas, peu discriminants). Par conséquent, de tels résultats suggèrent un faible niveau d'énergie et d'activité chez les participantes, pouvant se faire le signe avant-coureur d'une grande fatigue ou encore d'une dépression.

Finalement, la dixième échelle est celle de l'introversion sociale. Cette dernière correspond à un désordre dont les principales caractéristiques sont le retrait et l'évitement des contacts sociaux. Sur cette dernière échelle, les participantes ont obtenu : 24, 27 et 30 (résultats bas, peu discriminants). Ainsi, cet éventail de résultats s'applique à des individus socialement extravertis, ouverts et grégaires. Ces individus présentent, de plus, un fort besoin de la présence d'autrui autour d'eux.

CHAPITRE VII

DISCUSSION

Faisant directement suite à l'analyse thématique, cette section se divise en deux parties : les thèmes interprétatifs et l'essai d'interprétation clinique. La présentation des thèmes interprétatifs, au nombre de trois, donne lieu à un premier niveau d'interprétation en lien avec la théorie psychanalytique. Ces thèmes ont été regroupés de façon à présenter une séquence « chronologique » qui découle d'une logique issue des phénomènes émergeant de l'analyse thématique. Le premier thème interprétatif aborde l'impact de l'histoire relationnelle des participantes sur leurs relations actuelles et sur leurs représentations des rôles parentaux. Le second thème interprétatif est constitué de l'expérience de la grossesse et de la maternité, où il est question du désir d'enfant. Finalement, la signification de l'hyperémésis gravidarum comme répétition de l'histoire de manque avec la mère et comme tentative d'obtenir une relation sécurisante, constitue le dernier thème interprétatif. Cette première partie se veut préliminaire au deuxième temps de l'analyse, soit l'essai d'interprétation clinique. Cette section, d'un niveau d'inférence plus élevé, fait le lien entre les concepts psychodynamiques issus de la littérature et le premier niveau d'analyse issu des thèmes interprétatifs. Le but de cette partie est d'enrichir la réflexion autour de l'expérience des femmes enceintes souffrant d'hyperémésis gravidarum, afin de mieux comprendre leur souffrance psychique, et leurs besoins, et ainsi peut-être ouvrir sur des pistes d'interventions cliniques.

Préalablement à la présentation des thèmes interprétatifs, quelques précisions s'imposent quant à certains ratés au niveau méthodologique, ceux-ci influençant la profondeur des analyses présentées ici. Premièrement, étant donné les informations partielles que nous ont fournies les participantes, nous ne pouvons formuler ici que des hypothèses prudentes quant à l'organisation psychique et relationnelle de ces femmes et leur rôle dans l'apparition de cette affection de la grossesse. Ces hypothèses ne doivent pas être entendues

comme des interprétations, mais plutôt comme des pistes de recherche qui auraient besoin d'être étayées par une ou des études plus approfondies.

Le dispositif mis en place par la chercheure pour recueillir les données, soit les entrevues de recherche et le MMPI-II, n'a pas permis d'obtenir de la part des participantes un corpus de données optimal. En ce qui a trait aux informations provenant des entrevues de recherche, différents éléments du cadre sont mis en cause, notamment au niveau du cadre théorique et d'entrevue. Au sujet du cadre théorique, il nous apparaît qu'une section sur l'identification maternelle et les enjeux qui y sont associés aurait pu orienter de façon plus pertinente certaines questions du schéma d'entrevue et ainsi fournir les informations nécessaires pour appuyer certaines de nos hypothèses, dont celles concernant les manques au sein de cette identification (maternelle), ainsi qu'au niveau du défaut de maternage. De même, il aurait été pertinent pour la recherche que le schéma d'entrevue contienne des questions quant aux conditions de grossesse et d'accidents obstétricaux des mères de ces femmes afin de pouvoir appuyer ces hypothèses. Des questions portant sur la relation précoce à la mère et l'histoire que ces femmes se sont construite de cette relation, auraient pu apporter également un matériel qui aurait permis d'étayer les hypothèses quant au défaut de maternage chez les femmes souffrant d'hyperémésis gravidarum.

Quant au cadre d'entrevue il nous apparaît, dans l'après-coup, que les rencontres avec les participantes, soient deux entrevues de 1h15 chacune plus 45 minutes de MMPI-II à chaque entrevue, auraient dû être de plus courte durée, soient 45 minutes à 1 heure incluant l'entrevue et le MMPI-II, et effectuées en trois occasions. Ce cadre aurait peut-être davantage respecté les limites physiques des femmes et aurait possiblement diminué l'effet d'inhibition causé par la culpabilité d'être atteinte de cette affection de la grossesse, et ce, en créant un climat de confiance plus propice, par l'appropriation de la chercheure ainsi que de sa position en dehors de tout jugement. Par ailleurs, un élément que nous avons peu prévu en ce qui concerne le cadre d'entrevue est le refoulement provoqué par toute grossesse, ce dernier ayant pour effet d'inhiber le discours des femmes enceintes, notamment quant au vécu de la grossesse. Selon nous, cet élément aurait également pu être atténué par un cadre constitué de trois rencontres de plus courtes durées. Les femmes auraient pu ainsi se familiariser davantage avec la chercheure et par conséquent développer un meilleur lien de confiance,

favorisant l'ouverture à des thèmes chargés émotionnellement, telles la culpabilité et l'ambivalence face à la grossesse. Toutefois, nous avons conscience qu'un tel cadre aurait également présenté des inconvénients, dont la possibilité pour les participantes de confondre entrevue de recherche et entrevue à visée thérapeutique, en plus du risque plus élevé d'annulation de leur participation.

Deuxièmement, une autre limite non négligeable à cette recherche s'avère être les difficultés de recrutement des participantes et le temps requis pour y parvenir, soit 18 mois. Cette variable a eu différentes conséquences, dont l'impossibilité pour la chercheuse d'évaluer et de tester le schéma d'entrevue et la pertinence de certains thèmes, de même que la difficulté d'appropriation du schéma d'entrevue en raison de la longue période de temps qui s'écoulait entre les entrevues de chacune des participantes. Pour ces raisons, les entrevues n'ont pu être menées de façon optimale et révéler tout le matériel qu'elles auraient eu le potentiel de fournir. Afin de pallier à cette difficulté, plus d'un lieu de recrutement aurait pu être utilisé.

Quant au MMPI-II, malgré qu'il se soit révélé valide selon les différentes échelles, il nous apparaît n'avoir discriminé que peu de variables pertinentes à cette étude. L'objectif initial de l'utilisation de ce test de personnalité était d'obtenir des informations que nous considérions difficilement accessibles par le biais de deux entrevues semi-structurées, notamment en ce qui a trait aux échelles de masculinité-féminité, de dépression, d'hypocondrie et d'hystérie. À cet égard, les résultats au questionnaire se sont révélés plutôt décevants, les trois participantes ayant obtenu des résultats similaires et peu significatifs, c'est-à-dire au seuil de la validité et de la discrimination quant aux échelles analysées. C'est pourquoi nous avons décidé de ne pas utiliser les résultats de ce test dans l'analyse des données. Plusieurs facteurs peuvent peut-être expliquer ce manque de pertinence : les conditions de passation en deux temps, la nature du test lui-même, le recours à la version longue plutôt qu'à la version courte étant donné les conditions physiques des participantes, le logiciel de correction. Pour toutes ces raisons, nous avons décidé de ne pas tenir compte des résultats de ce questionnaire dans nos analyses par souci de rigueur et par crainte d'induire des informations qui auraient pour conséquence de diminuer la validité de cette recherche.

Ces limites nous obligent donc, par différents déficits quant à l'ampleur et à la profondeur du matériel recueilli, à restreindre nos analyses et par conséquent proposer davantage des hypothèses de travail qui demanderaient à être développées et confirmées par une étude plus approfondie, que des interprétations et des conclusions fondées empiriquement. Cependant, l'objectif de la recherche étant d'explorer un sujet encore peu étudié, et ce d'un point de vue psychologique, il nous apparaît que l'étude répond ici aux critères d'un essai doctoral de nature clinique. Cette recherche permet donc d'ouvrir la réflexion sur cette affection rare de la grossesse et ainsi poser les bases pertinentes à d'autres études sur le sujet. Ces limites étant maintenant posées, passons à la présentation des thèmes interprétatifs.

7.1 Thèmes interprétatifs

7.1.1 Premier thème interprétatif: Impact de l'histoire relationnelle sur les relations actuelles et sur les représentations des rôles parentaux

Ce premier thème aborde les conséquences de l'histoire relationnelle des participantes sur leurs relations actuelles, tant amoureuses que filiales, et l'impact sur leurs représentations des rôles parentaux. Les résultats ont permis d'identifier différents ratés au sein de cette histoire, ratés qui sont rapportés dans le discours des participantes comme s'ils se jouaient encore dans le présent, n'ayant acquis que peu de distance par rapport à ceux-ci, la souffrance étant encore très actuelle.

Pour Mélodie et Maryse, la période de l'enfance, loin d'être idéalisée, est davantage présentée comme un moment d'intense souffrance et d'impuissance, notamment devant les décisions d'un père vécu et décrit comme très colérique et autoritaire et d'une mère affaiblie, que ce soit par la maladie ou par une situation familiale et conjugale particulière. En ce qui a trait à Maria, l'enfance est décrite en deux temps : d'abord une période idyllique en Martinique auprès de ses grands-parents et ensuite une période qu'elle présente comme plus sombre et qui débute au moment où elle apprend que ses grands-parents, qu'elle croyait être ses parents, ne le sont pas. À plusieurs reprises au cours des rencontres, Maria fait le lapsus suivant : parents au lieu de grands-parents, nous amenant à faire l'hypothèse qu'il règne

encore aujourd'hui une certaine confusion des générations dans l'esprit de Maria quant à la perception de ceux qui ont été ses « vrais parents ».

Malgré certaines différences, ce qui unit les participantes, c'est l'absence de la mère dans la présence, que ce soit absence par la maladie et la mort, par la présence d'une belle-famille envahissante ou encore par une séparation à un âge très précoce et le manque de communication par la suite. La mère absente dans la présence pourrait être comparée à la « mère morte » d'André Green (1983). Ce complexe de la mère morte soutient que la mère, pour une raison ou une autre, s'est déprimée. Les facteurs déclenchants cette dépression peuvent être nombreux : perte d'un être cher, maladie, humiliation, fausse-couche, père qui délaisse la mère, blessures narcissiques. Il en résulte pour l'enfant un changement brutal entre la relation antérieure à la mère, où il s'est senti aimé, et le désintéressement de celle-ci qui se traduit pour lui comme une perte d'amour. Ce désinvestissement brutal de la mère est vécu par l'enfant comme une catastrophe non seulement en raison de la perte subite de l'amour, mais aussi en raison de la perte de sens qui en résulte, l'enfant n'ayant aucune explication de ce qui s'est produit.

Green souligne qu'il est possible pour le père, par un investissement intense et prématuré de ce dernier, d'agir positivement sur ce conflit mère-enfant. Cependant, le plus souvent le père ne répond pas à la détresse de l'enfant, le laissant ainsi à cette relation « blanche ». Les conséquences d'une telle expérience de mère, et par conséquent de père, nous amène à faire l'hypothèse que l'enfant laissé seul à lui-même aurait eu besoin d'être écouté, soutenu, réconforté et véritablement accompagné. C'est ce que disent Mélodie et Maryse lorsqu'elles affirment : « il aurait fallu que les autres adultes dans l'entourage trouvent une autre façon d'organiser la vie familiale » ; « c'était eux les adultes, moi j'étais l'enfant ». Afin d'appuyer cette dernière hypothèse, nous relevons l'obligation fondamentale pour les trois participantes de reconnaître, d'accepter et d'être à l'écoute de la personnalité de leurs enfants, tant à venir que ceux déjà nés, comparant ainsi ce qu'elles n'ont pas eu et qui leur a cruellement manqué avec ce qu'elles souhaitent donner à tout prix à leurs enfants. Selon nous, ce désir et l'importance que revêt ce dernier à leurs yeux, vient appuyer l'hypothèse des conséquences pour ces femmes d'avoir eu une mère que l'on pourrait rapprocher de la description de la mère morte de Green. Chaque fois que ce à quoi l'enfant

doit faire face dépasse ses capacités, le manque n'est plus une source de création, mais devient une source d'anxiété. Maryse et Mélodie rapportent toutes deux, dans leur histoire, avoir vécu des situations trop lourdes pour leurs âges, situations dont elles reconnaissent le rôle et les conséquences dans leur vie actuelle. Maryse et Mélodie attribuent donc un rôle majeur au stress et à l'anxiété dans leur maladie, Mélodie accusant son tempérament anxieux provenant de la relation insécurisante à son père et à l'absence de sa mère par la maladie, et Maryse remarquant le rôle de l'anxiété sur l'exacerbation de ses symptômes de nausées et de vomissements, notamment celle provenant de son lien actuel et passé à son père. À ce sujet, nous pouvons également relever la possibilité pour Mélodie et Maryse d'avoir eu un père tel que décrit précédemment par Green, où ce dernier laisse l'enfant à cette relation vide à la mère plutôt que de l'investir massivement afin de le protéger de ce retrait brutal de l'amour maternel.

En ce qui a trait à son univers familial, Maria peut être considérée comme un cas particulier en raison de la dimension culturelle. Ainsi, il faudrait tenir compte de cette dimension dans nos analyses, ce que nous ne ferons pas ici, pour les raisons présentées dans la méthodologie. Cependant, en ce qui concerne cette participante, nous pouvons tout de même nommer l'absence physique de sa mère au cours des six premières années de sa vie, et faire l'hypothèse d'une certaine absence psychique de la part de celle-ci de par certains paramètres de son histoire personnelle. Nous postulons que la mère de Maria a probablement vécu des ruptures psychiques non négligeables reliées aux difficultés liées à l'immigration, un divorce peu de temps après ce processus exigeant, trois grossesses rapprochées, et une vie de mère monoparentale avec trois enfants à charge dont un, le frère aîné de Maria, présentant une déficience intellectuelle. Nous relevons les quelques lapsus faits par Maria au cours des entrevues entre ses parents et ses grands-parents afin d'appuyer le postulat de l'absence de la mère dans la présence et de la confusion concomitante qui a pu en découler quant à sa perception de ceux qui ont été ses parents. La relation entre Maria et sa grand-mère nous interroge quant à la possibilité que cette dernière ait pu représenter une figure maternelle significative pour Maria. Le rôle et les conséquences de cette relation ne peuvent malheureusement pas être appuyés par le matériel recueilli. Cependant, il nous apparaît pertinent de souligner ici cette possibilité.

Par conséquent, il nous apparaît que la relation des participantes à leurs mères semble marquée du sceau d'une certaine défaillance, de la fragilité et de la vulnérabilité, les rendant ainsi absentes dans la présence. Dans leurs récits, il s'en dégage l'image d'une femme « faible », « malade », « incapable de dire non », ou avec laquelle il est « peu possible de discuter ». Les participantes relèvent ainsi le vide laissé par l'absence de relation satisfaisante à leurs mères, et du défaut de modèle que cette absence de lien leur a légué. Encore aujourd'hui, elles parlent avec émotion au cours des entrevues, de leurs besoins insatisfaits de mère et des regrets entourant les ratés de cette relation. À cet égard, nous remarquons que les trois participantes semblent rejoindre la thèse de Karpel et de Gmeline (2004), de même que celle de Cohen et al (2007) voulant que l'histoire relationnelle de la femme hyperémétique avec sa propre mère soit marquée par une défaillance au niveau du holding, défaillance qui ressort au moment de la grossesse comme une tentative de recréer le lien désiré avec la mère. À titre d'exemple, Maria nous dira : Oui ça m'a manqué (lien avec sa mère) parce que je sentais que les autres copines à l'école que leur mère leur disait tout comparé à moi que c'était pas le cas ».

Par ailleurs, Mélodie et Maryse parlent avec tristesse d'autres manques vécus dans leur enfance, particulièrement ceux en lien avec l'innocence de cette période, n'ayant pas eu la sensation d'avoir été des enfants avec une liberté propre à cette époque de la vie, mais plutôt des enfants avec des responsabilités d'adultes. Il nous apparaît que les responsabilités qui leur ont incombé à ce moment étaient à la démesure de leurs capacités. Il semble ici que le père¹³, d'ordinaire fort et protecteur, n'ait pas joué ce rôle auprès d'elles, les ayant ainsi amenées à adopter un rôle de parent auprès de leur mère. Au contraire, il semble que le caractère sévère, autoritaire et parfois imprévisible de celui-ci ait provoqué l'apparition, à la fois d'un important sentiment d'insécurité avec lequel Mélodie et Maryse se débattent encore aujourd'hui, de même que d'un profond désir d'éviter la répétition de leur propre histoire familiale avec leurs enfants. Ainsi, la relation au père demeure, dans leur perception, une relation tyrannique, où leurs besoins, leurs désirs et leur personnalité n'ont pas été reconnus et où le manque de protection les a laissées coincées dans un mode relationnel de « parentification ». Conséquemment, nous remarquons que Mélodie et Maryse se sont

¹³ Nous faisons référence ici au père symbolique au sens de Lacan

retrouvées avec un « trop » de père et un « pas assez » de mère, alors que pour Maria il pourrait y avoir dans le même manque un trop de mère en raison de la confusion entre sa mère et sa grand-mère. Ce déséquilibre nous amène à penser que le processus du devenir-femme et du devenir-mère a pu être entravé par cette organisation familiale. Toutefois, une étude plus approfondie serait nécessaire afin de valider cette hypothèse.

L'histoire de Maria nous apparaît comporter quelques différences avec celle de Maryse et de Mélodie en ce qui a trait à cette partie de son histoire familiale. Ici, il semble que le père de Maria ne lui ait pas laissé une image positive de leur relation, ne conservant que peu de souvenirs à son égard. En témoigne le peu de présence de ce dernier dans son discours au moment des entrevues. Ainsi, l'histoire de leur relation est peu abordée dans le récit de Maria, sinon pour en présenter l'image d'une relation peu agréable et marquée par l'obligation d'être en contact avec cet homme décrit comme autoritaire et sévère. Étant donné le peu d'information au sujet de la relation entre Maria et son père, nous ne pouvons que nous questionner sur les conséquences d'une telle absence sur le lien entre Maria et sa mère, éventuellement sur son choix de conjoint, ce dernier étant lui-même peu présent dans la relation, de même que sur sa grossesse et la présence de l'hyperémésis gravidarum au cours de celle-ci?

Faisant suite à la description de telles organisations familiales chez les participantes nous nous sommes interrogées sur le « choix » du compagnon de vie et du père de l'enfant à venir et ceux déjà nés. Ainsi, nous avons relevé que les conjoints « choisis » par les trois participantes pouvaient être mis en lien avec leur univers familial. Pour Maryse et Mélodie, les conjoints sont décrits comme des hommes compréhensifs, respectueux, attentionnés, remplis de compassion, soutenant et prenant soins, caractéristiques que l'on peut regrouper sous le qualificatif de « maternant ». De telles qualités chez ces hommes, nous amène à faire l'hypothèse que ceux-ci ont pu opérer une certaine réparation des manques provenant de l'univers familial de ces deux participantes, plus particulièrement de ceux provenant de la relation à la mère et des manques laissés par celles-ci. Ainsi, il semble que ces hommes, par leur tempérament, aient permis à Mélodie et à Maryse de vivre leur grossesse certes, en dehors d'un certain « idéal », mais en permettant à leur désir de maternité et de grossesse d'émerger et de se concrétiser en grossesse réelle. Comment comprendre que ces deux

participantes aient pu choisir de tels hommes? Quels éléments de leur histoire personnelle et familiale leur ont permis ce choix. Nous sommes dans l'impossibilité de répondre à cette question ici. Pour ce faire, une recherche plus approfondie serait nécessaire. Toutefois, nous pouvons relever trois faits : premièrement que Maryse et Mélodie, quoiqu'atteintes de vomissements gravidiques, sont tout de même moins symptomatiques que Maria; deuxièmement que les conjoints de ces deux participantes sont décrits comme à l'opposé des pères qu'elles ont eus, et troisièmement que Maria a choisi pour être le père de son enfant un homme insécurisant et peu investi dans leur relation, entre autres de par les nombreuses oscillations au sein de leur couple et des manquements quant à la prise de ses responsabilités, et ce, tant en ce qui a trait à leur vie commune qu'au bébé à venir. Ce dernier se différencie ici des conjoints de Mélodie et de Maryse. Que penser de ce choix de conjoint chez Maria en lien avec l'intensité de ses symptômes? Nous ne détenons pas suffisamment d'informations pour faire d'hypothèses au sujet d'un tel choix de partenaire. Cependant, nous nous interrogeons sur la possibilité que Maria, selon les théories de Rheingold (1964) et de Delassus (2008), refuse de façon inconsciente de faire le détournement de la mère vers l'homme, mouvement essentiel de la jeune femme afin qu'elle puisse procréer. Maria serait-elle restée inconsciemment « collée » sur sa mère dans l'impossibilité de quitter cette bulle symbiotique sécurisante? Cette hypothèse mérite d'être soulevée, cependant elle demanderait à être étayée par une étude plus poussée.

En ce qui concerne les représentations des rôles parentaux, Mélodie et Maryse se rejoignent essentiellement sur celles ayant trait aux représentations de mère. Pour ces deux participantes, la perception de la famille et plus spécifiquement leurs représentations des rôles parentaux se sont établies en fonction des sentiments de manque et de vide, sentiments qui les habitent encore aujourd'hui et autour desquels elles se sont développées.

Dans le cas de ces deux participantes, la mère s'est vue dans l'impossibilité d'être récupérée à des fins identificatoires, tant comme modèle de mère que comme modèle de femme, en raison principalement de l'image de faiblesse et d'impuissance qu'elles ont transmise à leurs filles quant à ses deux rôles. Ainsi, Mélodie et Maryse souhaitent être de meilleures mères pour leurs enfants que ce qu'elles ont connu auprès de leurs propres mères, souhaitant être des mères sécurisantes, à l'écoute, et surtout qui reconnaîtront, respecteront et

participeront au développement de la personnalité de leurs enfants. Ce souhait, quoique commun à toutes les mères (et père), semble prendre ici une valeur plus importante en raison de l'histoire familiale de ces participantes. Par ailleurs, la possibilité pour leurs enfants de vivre une enfance « normale » constitue une variable non négociable sur laquelle elles insistent à plusieurs reprises au cours des entrevues, se traduisant pour elles par le droit pour leurs enfants d'être et de vivre comme des enfants et non pas être des enfants aux prises avec des responsabilités d'adultes ou encore des enfants obligés d'être témoins des discours agressifs et violents des adultes significatifs autour d'eux. Mélodie nous dira : « quand on est petit, ça prend pas grand-chose pour se sentir abandonné »; « j'essaie que lui aille son rôle d'enfant, pis qu'il aille son rôle de se développer, bon il joue c'est son travail, il apprend des nouvelles choses à toutes les jours...pis de pas mettre mes besoins à moi sur son dos ».

Plus spécifiquement, l'histoire de Mélodie est ponctuée de plusieurs moments d'insécurité provenant à la fois de sa mère et de son père. C'est pourquoi, pour Mélodie, le sentiment de sécurité qu'offre un parent à son enfant revêt une place centrale au cœur de ses représentations des rôles parentaux. Ce désir, présent chez tous parents, semble prendre, chez Mélodie une importance presque obsessionnelle. En effet, à plusieurs reprises au cours des deux rencontres et avec beaucoup d'émotions, Mélodie insiste sur ce sentiment de sûreté à transmettre à ses enfants, nous amenant à faire l'hypothèse d'un certain désir de réparation à ce niveau, tant l'investissement de cette transmission occupe une place fondamentale pour elle. Quant à ses représentations du rôle de père, elles s'établissent ici en fonction de ses manques provenant de son expérience auprès de son propre père, notamment le manque de sécurité et de protection. Elle insiste sur le fait que les rôles de père et de mère ne sont pas mutuellement exclusifs, mais complémentaires, d'où l'ajout de la variable jeu et amusement qu'elle attribue davantage au père. Conséquemment, le père, et la mère doivent, tous deux, assurer une fonction de sécurité et d'acceptation. S'ajoute au rôle de mère le volet des soins quotidiens à administrer à l'enfant. La représentation de Mélodie quant au rôle de femme, est décrite par celle-ci de façon succincte et floue, s'entremêlant avec la représentation du rôle de mère. L'élément principal sur lequel s'assoit cette différenciation est le monde du travail et l'accès à l'emploi. Il nous apparaît donc que Mélodie a une perception plutôt traditionnelle et

peut-être idéalisée des représentations de femmes et de mère, réservant le monde de l'emploi à la femme et la maison à la mère.

Quant aux représentations des rôles parentaux chez Maryse, notamment ceux de femmes et de mère, ils nous semblent être l'objet d'une certaine confusion. Au moment d'aborder cette question dans les entrevues, Maryse mélange, dans son discours, la mère qu'elle souhaite être, celle qu'elle n'a pas eue et ce qu'elle croit être une femme. Il nous semble donc que pour Maryse, être une mère c'est faire autrement que le modèle familial dans lequel elle a grandi, c'est-à-dire être à la merci de toute une famille et d'un mari autoritaire sans avoir la liberté de dénoncer et de s'exprimer. Quant au rôle de femme, il nous apparaît se résumer ici à être respecté, ce qu'à ses yeux sa mère n'a pas réussi à obtenir de la part de la famille de son père, ni de son père lui-même. Quant au rôle de père, celui-ci est présenté plus clairement par Maryse. Elle définit ce dernier en opposition à son propre père, à l'autorité et au manque de respect dont elle considère qu'il a fait preuve à son égard, comme à l'égard de sa mère. Le rôle de père est donc déterminé pour Maryse en fonction de la façon qu'à son conjoint d'être un père pour leur premier enfant. Pour Maryse, tout ce qui touche au domaine familial nous apparaît être en construction, d'où son rejet systématique du modèle familial dans lequel elle a évolué, cherchant à créer son propre modèle en réaction à son histoire personnelle : « je ne voulais pas que ce modèle-là continue, parce que j'ai vu beaucoup d'affaire comme des grosses chicanes...pis moi dans ma tête les enfants sont pas supposée voir ça ».

Les représentations des rôles parentaux sont exprimées par Maria de façon très succincte, celle-ci élaborant peu sur ce qu'un père, une mère et une femme représentent selon elle. Maria résume sa pensée à ce sujet en trois mots : une femme c'est être responsable, une mère c'est être attentive et un père c'est être autoritaire. Que penser d'une telle simplicité et du peu de nuance dans ses propos? Maria ne va-t-elle réellement pas au-delà de cette perception ou détourne-t-elle sa pensée comme elle nous l'a mentionné à la fin de la dernière entrevue : « je vais pas dire qu'est-ce que.... j'ai....en dedans de moi. Je vais plus le cacher, au lieu de dire la vérité, je vais comme plus contourner un peu ». Nous ne pouvons donc élaborer davantage sur cette question.

En résumé, ce qui ressort de ce premier thème interprétatif sont les traces laissées par l'histoire familiale des participantes, traces dont elles expriment quelques éléments au cours des entrevues et qui nous apparaissent être dans l'ombre du développement de cette affection de la grossesse. Or, tel que mentionné à plusieurs reprises, nous ne pouvons ici que faire des hypothèses quant au rôle de cette histoire sur leurs difficultés actuelles. Une étude plus approfondie serait donc nécessaire à la confirmation ou à l'infirmerie de ces hypothèses.

7.1.2 Deuxième thème interprétatif : l'expérience de la grossesse et de la maternité

Le deuxième thème interprétatif fait référence à l'expérience de la grossesse et de la maternité chez les participantes. De par sa nature, ce deuxième thème introduit la question complexe du désir d'enfant. Ce thème est ici à comprendre en fonction de l'histoire relationnelle des participantes décrite dans le premier thème.

Sur le sujet de l'expérience de la grossesse, Mélodie et Maryse partagent une histoire semblable, notamment quant à la planification et au processus qui leur a permis la mise en acte de leur désir de maternité par la concrétisation d'une grossesse. Dans les deux cas, cet événement a été planifié et désiré depuis plusieurs années. De plus, Mélodie et Maryse ont toutes deux espéré ne pas avoir à revivre les symptômes de l'hyperémésis gravidarum lors de leur seconde grossesse. Malgré l'apparition de fortes nausées et des nombreux vomissements au cours des premières semaines de leur seconde grossesse, chacune espère que leurs symptômes demeureront à un niveau acceptable, à un niveau « normal », se refusant d'y attacher immédiatement l'étiquette de l'hyperémésis gravidarum : « j'ai essayé de me donner la chance de pas répéter mon histoire avant justement d'avoir commencé (...) j'essayais de me donner la chance que ce soit une grossesse normale », nous dit Mélodie afin d'exprimer l'espoir qui l'habite au début de sa seconde grossesse.

Ainsi, le contraste entre l'idéal de ce moment que représente pour une femme la grossesse, et la confrontation avec la réalité de l'hyperémésis gravidarum a été vécu très difficilement par Mélodie et Maryse. Pour Mélodie, la principale déception a trait à l'envahissement de son univers psychique par les nausées et les vomissements, lui faisant ainsi pratiquement oublier qu'elle porte la vie et qu'un enfant grandit en elle. Par conséquent, elle ne peut établir de lien entre elle et ce bébé à venir, les symptômes se mettant en travers

de sa route : « j'ai l'impression que ça prend toute la place les nausées et les vomissements, pis l'idée d'être enceinte pis d'avoir un bébé qui est là....des fois c'est un petit peu.....presque oublié.....c'est que des fois on a de la misère à se rappeler que bon il y a un bébé qui s'en vient ». De plus, le fait que le ventre tarde à poindre et à se montrer contribue à cet oubli qu'en elle se développe un enfant. Par conséquent, l'omniprésence des symptômes de l'hyperémésis gravidarum oblige Mélodie à détourner son attention de sa grossesse, pour la déposer davantage sur elle-même, sur son corps et sur la petite fille qu'elle a été dans cet univers familial dont la vie a été marquée et dirigée par la maladie de sa mère.

Quant à Maryse, les nausées et les vomissements, exacerbés par la présence et l'attitude de son père, ravivent les conflits familiaux, les frustrations, les déceptions et les chagrins vécus antérieurement, la détournant du coup de son bébé à venir, afin de se centrer davantage sur l'enfant qu'elle a été au sein d'une famille conflictuelle, s'identifiant à ce niveau à son premier enfant, cherchant à la protéger de ce père autoritaire, directif et « sur-présent » que ce dernier a été pour elle et qui aujourd'hui prend le rôle de grand-père auprès de sa fille. Maryse exprime très clairement au cours des rencontres, le rôle de protectrice qu'elle doit adopter auprès de sa fille, se sentant obligé de la protéger de l'envahissement de son père afin que celle-ci ne vive pas les mêmes problèmes qu'elle.

Ce mouvement de retour à l'enfant d'autrefois se retrouve dans chaque grossesse. Cependant, il nous apparaît que celui-ci prend une place plus importante, pour Mélodie et Maryse, de par la régression qu'imposent les symptômes de nausées et de vomissements gravidiques. Cependant, nous ne pouvons étayer davantage cette hypothèse en la comparant à l'intensité de ce mouvement de retour à l'enfant d'autrefois qu'induit d'emblée toute grossesse. Nous ne pouvons ici relever que l'importance et le caractère très actuel pour Mélodie et Maryse de l'organisation familiale difficile dans laquelle elles ont grandi et qui fait retour à l'occasion de leurs grossesses. Ce caractère très actuel ressort au cours des entrevues par l'importante place que prend celui-ci spontanément dans leur discours, sans qu'il soit introduit par la chercheur.

En ce qui a trait à Maria, il nous semble que le mouvement de retour à la petite fille qu'elle a été est moins présent dans son discours au moment des entrevues. Le seul instant où

Maria y fait référence avec une certaine émotivité est le moment où elle aborde sa vie en Martinique auprès de ses grands-parents. Or, contrairement à Mélodie et à Maryse, Maria nous apparaît incarner davantage cette enfant dans la réalité, sa grossesse et son choix d'homme obligeant sa mère à prendre soins d'elle comme si elle était une enfant. Ce mouvement s'observe tant dans le récit de l'hospitalisation de Maria, où sa mère devait se rendre à l'hôpital tôt le matin pour prendre soins d'elle, que dans la vie concrète à la maison au cours de sa grossesse, Maria devant limiter le plus possible ses mouvements et ses activités à l'intérieur même de la maison, ce qui la libère des tâches quotidiennes et oblige sa mère à la prendre en charge. De plus, lors des deux entrevues, Maria nous reçoit en pyjama et robe de chambre, nous paraissant ainsi plus régressée. Il en est de même pour ses projets post-accouchement, où Maria prévoit demeurer chez sa mère après l'arrivée du bébé, ne se sentant pas en mesure d'habiter seule avec lui, d'autant que la relation avec son conjoint est trop instable. Ainsi, à plusieurs reprises au cours des entrevues, Maria passe d'un projet à l'autre entre habiter avec son conjoint ou sa mère. Elle nous dira : Ben, ça me fait un peu peur parce que moi j'ai toujours l'habitude de me lever pis elle est là (sa mère), mes frères sont là, c'est sûr déménager..... mon conjoint y va travailler, pis je vais me sentir un peu seule. Ici, au moins il y a de l'action, il y a de la vie comparé d'être seule, ben isolée, facque ça fait un peu peur (...) je pense que je vais venir plus souvent chez ma mère pour passer le temps ». À la fin des entrevues, elle nous dira qu'après l'accouchement, c'est définitivement chez sa mère qu'elle retournera vivre, au moins pour la première année suivant son accouchement.

Suite à ces différents constats, nous formulons les hypothèses suivantes : Mélodie et Maryse « portent » davantage un ensemble de symptômes, ce dernier les ramenant aux manques provenant de leurs histoires relationnelles avec leurs familles, et par conséquent à l'histoire de la petite fille qu'elles ont été, davantage qu'à la vie incarnée par leurs bébés à venir. Or, tel que mentionné précédemment, une étude plus approfondie serait nécessaire à l'établissement de cette hypothèse. Cependant, il nous apparaît pertinent de la faire ressortir. Quant à Maria, notre hypothèse porte davantage sur l'incarnation dans la réalité de cette petite fille qu'elle a été, petite fille que sa mère a peu connu étant donné qu'elle ne la voyait que quelques mois par années au cours de ses six premières années de vie et qui par conséquent n'a pu prendre soins d'elle au quotidien pendant ce temps. À cet égard, quels

liens peut-on faire ici avec le désir d'enfant? Les symptômes de l'hyperémésis gravidarum et l'envahissement de l'univers psychique qu'ils suscitent peuvent-ils être mis en lien avec la question du désir d'enfant? À ce sujet, nous nous appuyons sur Bydlowski (1997) qui affirme que malgré que l'arrivée d'un enfant soit programmée, des failles au niveau de cette programmation peuvent être identifiées, celles-ci prenant la forme d'infertilités incompréhensibles ou encore de difficultés au moment de la grossesse. Toujours selon cette auteure, le désir d'enfant ne peut s'appréhender que dans l'après-coup d'une grossesse et n'est souvent questionnable que lors de pathologie de celle-ci. Ainsi, nous faisons l'hypothèse que les symptômes de l'hyperémésis gravidarum et les conséquences qui en découlent, ont pour rôle de détourner Mélodie, Maryse et Maria d'un désir d'enfant conflictuel, d'autant que ce dernier, selon Bydlowski (2000) tire ses racines du mouvement d'identification qui lie la petite fille à sa mère des origines. Sur ce point, l'histoire familiale des trois participantes, notamment celle avec leur mère, démontre la présence de manques importants, manques encore très actuels et dont les traces s'expriment à l'intérieur de leurs discours au cours des entrevues. Pour nous, il est possible que ces manques, ces frustrations et ces conflits familiaux aient pu provoquer des conflits au niveau du désir d'enfant chez ces participantes. Afin d'appuyer cette hypothèse, nous relevons différents points. Dans un premier temps, nous nous référons à Bydlowski qui souligne qu'une des fonctions du désir d'enfant est la transmission de l'histoire personnelle et familiale. Dans le cas des trois participantes, cette histoire se veut soit conflictuelle comme dans le cas de Maryse, décevante et marquée par la maladie et une surcharge de responsabilité en ce qui a trait à Mélodie et marquée par une séparation à un âge précoce et une confusion quant à ceux ont été ses « vrais » parents, ainsi qu'un brouillage des générations dans le cas de Maria. Comment de telles organisations familiales peuvent-elles influencer le désir d'enfant? Nous postulons, à la lumière de ces histoires, que Mélodie, Maryse et Maria se retrouvent coincées dans un conflit entre garder et rejeter, transmettre et ne pas transmettre des éléments de leur histoire personnelle et familiale, celles-ci nous apparaissant revêtir un caractère traumatique, conflits qui semblent s'exprimer sous le même mode que celui des vomissements gravidiques, c'est-à-dire entre garder le fœtus et le rejeter. Nous faisons donc ressortir ici l'ambivalence dans laquelle semblent se retrouver ici les participantes et qui nous apparaît

jouer un rôle dans l'émergence de ce trouble de la grossesse qu'est l'hyperémésis gravidarum.

Dans un deuxième temps, Bydlowski (1997) souligne que le désir d'enfant se présente souvent sous le couvert d'une démarche consciente, délibérée et parfois programmée à l'aide de la contraception. Cependant, il n'en demeure pas moins que celui-ci peut se présenter à la future mère avec un conflit. Mélodie et Maryse ont toutes deux préparé et planifié leurs grossesses. Ainsi, ces deux participantes font ressortir leurs difficultés de compréhension de ce trouble, affirmant à plusieurs reprises au cours des entrevues, que leurs grossesses étaient désirées et par conséquent que la présence de l'hyperémésis gravidarum ne fait pas de sens pour elles. Mélodie nous dira : « c'est sûr que c'est de se dire au niveau de pas accepter la grossesse que j'ai de la difficulté à relier ça à moi parce que.....dans ma tête c'était clair que c'était désiré mes grossesses ».

En ce qui concerne Maria, la situation nous apparaît quelque peu différente. En effet, à aucun moment au cours des rencontres, Maria ne fait état du caractère désiré de sa grossesse, mettant davantage l'accent, dans son discours, sur le caractère de test de sa capacité de procréer que représente sa grossesse. Ainsi, le désir dont fait état Maria nous apparaît davantage avoir affaire avec le désir de grossesse, qui comme le souligne Bydlowski (1997) et Pasini (1980) a pour objectif la vérification que la « nature va bien tenir sa promesse ». Pour Bydlowski, (1997), le doute quant à la fertilité et la capacité de la femme à se reproduire fait émerger une forte angoisse dont la seule façon d'y échapper est de produire une « grossesse insensée », c'est-à-dire avec un géniteur absent ou inadéquat. À la lumière de l'histoire relationnelle de Maria avec son conjoint, il nous apparaît pertinent de relever la présence de cette organisation conjugale précaire qui fait ressortir les enjeux conflictuels quant au désir de grossesse et par conséquent du désir d'enfant puisque le désir de grossesse recouvre partiellement celui du désir d'enfant (Bydlowski, 1997). Ici, le matériel obtenu lors des entrevues ne nous permet que de faire ressortir quelques éléments pouvant qualifier un désir de grossesse conflictuel chez Maria, ces éléments ne nous permettant toutefois que de jeter les bases d'une réflexion qui demanderait à être étayer sur un matériel plus exhaustif. Cependant, il nous apparaît tout de même pertinent de faire ressortir quelques éléments de l'histoire de Maria pouvant être mis en lien avec son désir d'enfant. Pour ce faire, nous nous

appuyons sur les propos de Revault D'Allonnes qui mentionne le caractère contradictoire de l'expression conflictuelle du désir d'enfant. Pour cette auteure ce désir s'exprime à plus d'un niveau, soit au niveau de la parole, du corps, et de l'inconscient. Ces niveaux, dit-elle, témoignent de l'ambivalence dont le désir d'enfant est porteur. Selon cette autœur, « l'ambivalence (...) augmente et se manifeste plus encore quand il s'agit d'un événement important, imminent, vécu dans le corps et réactivant des situations anciennes, comme ceux qui concernent la procréation et la parentalité » (Revault, D'Allonnes, 1992, 50). Ici, nous pouvons présenter quelques éléments appartenant aux deux premiers niveaux. En ce qui concerne la parole, tel que mentionné précédemment, Maria qualifie peu son désir d'enfant, parlant davantage de son désir de grossesse et de ses doutes quant à sa fertilité. Toutefois, elle mentionne à une reprise son idéal familial où elle souhaitait avoir commencé sa famille à l'âge de 23 ans, en plus d'avoir plusieurs enfants. Dans ce scénario, elle ne parle à aucun moment de la présence d'un père et d'une vie de couple. Là où elles nous paraissent toutes présenter davantage de conflits, c'est avec le deuxième niveau d'expression du désir d'enfant, soit le corps. Ici, le corps, par l'intensité et la gravité des symptômes, semble exprimer quelque chose de différent de la parole, se faisant peut-être le lieu de deux désirs contradictoires, le désir de garder son bébé, et celui de le rejeter. Ces éléments ne suffisent toutefois pas à affirmer la présence d'un désir d'enfant conflictuel chez Maria, ni chez Mélodie et Maryse, mais ouvre un questionnement intéressant à cet égard, questionnement qui demanderait ici aussi une étude plus appuyée empiriquement.

Ce deuxième thème interprétatif interroge donc le lien entre l'histoire relationnelle et familiale des participantes et la possible présence d'un désir d'enfant conflictuel, désir qui s'exprimerait par les symptômes de nausées et de vomissements gravidiques. Ici encore, il est important de rappeler que les hypothèses présentées demanderaient à être validées par une étude plus étayée.

7.1.3 Troisième thème interprétatif: l'hyperémésis gravidarum comme répétition de l'histoire de manque avec la mère et comme tentative d'obtenir une relation sécurisante

Le troisième thème interprétatif tire essentiellement ses racines des études de Karpel et de Gmeline (2004) et de Cohen et al (2007) affirmant le rôle des conflits psychiques dans le développement de l'hyperémésis gravidarum au cours de la grossesse. Les deux précédents thèmes interprétatifs ont fait état de différentes hypothèses en lien avec l'histoire personnelle et relationnelle des participantes et le vécu de leur grossesse et leur désir d'enfant. À la suite de ces hypothèses, nous poursuivons notre questionnement « chronologique » voulant que l'hyperémésis gravidarum représente une tentative pour la femme enceinte de réinventer la présence maternelle antérieurement défaillante, par la voie de symptômes oraux tels les nausées et les vomissements gravidiques. Cette proposition ne prétend pas avoir le statut d'interprétation, se voulant davantage une hypothèse découlant de celles posées précédemment et qui aurait besoin d'une étude plus étayée afin d'être suffisamment soutenue pour en faire une interprétation valide empiriquement. Toutefois, nous nous appuyons sur différents éléments du récit des participantes afin d'appuyer la pertinence de cette hypothèse.

Tel que mentionné dans la présentation des deux premiers thèmes interprétatifs, Mélodie, Maryse et Maria présentent toutes trois une histoire personnelle et relationnelle marquée par plusieurs difficultés, notamment quant à leurs histoires familiales, celles-ci nous apparaissant avoir une influence sur le développement de cette affection rare de la grossesse. De même, Cohen et al (2007), ainsi que Karpel et de Gmeline (2004) se sont intéressés au rôle de l'histoire familiale dans le développement de vomissements incoercibles au moment de la grossesse.

Cohen et al (2007) font ressortir que les femmes enceintes atteintes de vomissements incoercibles présenteraient une problématique orale marquée par la passivité et la dépendance. En ce qui a trait à cet aspect, nous avons obtenu peu de matériel au cours des entrevues pouvant illustrer la présence d'une telle attitude passive ou dépendante. Nous ne pouvons donc relever que quelques éléments au sujet de la présence de dépendance ou de passivité chez les participantes : chez Mélodie nous notons la présence d'une certaine attitude dépendante par rapport à son conjoint. Nous nous référons, à titre d'exemple, aux histoires d'hospitalisation de Mélodie où son conjoint s'est vu dans l'impossibilité de partir en voyage d'affaires au cours de ces deux grossesses, les hospitalisations ayant eu lieu au même moment; chez Maryse, nous relevons peu d'attitudes de dépendance ou de passivité, si ce

n'est celle à sa fille, cette attitude ressortant également dans le récit de son hospitalisation et de son impossibilité de dormir sans sa fille à l'hôpital; chez Maria, la dépendance nous semble davantage s'observer dans la réalité par la gravité de ses symptômes et les risques encourus pour elle ou son bébé. Ceux-ci la forcent à une certaine passivité physique, où elle subit sa grossesse, l'obligeant à prendre une position de dépendance face à sa mère qui doit prendre physiquement soin d'elle, tant à la maison que lors de son hospitalisation. Nous remarquons donc que pour les trois participantes, l'hospitalisation s'est révélée un moment où la passivité et la dépendance se sont fait plus présentes. Cependant, jusqu'où une telle attitude de dépendance et de passivité est-elle plus marquée dans une pathologie telle l'hyperémésis gravidarum? Le matériel recueilli au cours de cette recherche ne nous permet pas de nous prononcer sur ce point. Nous ne pouvons ici que faire ressortir les différentes situations où les participantes semblent avoir démontré une certaine attitude de dépendance ou passivité et s'interroger sur le rôle de celle-ci sur le développement de vomissements gravidiques. Une étude plus poussée sur le sujet permettrait de confirmer ou d'infirmer cette observation mise de l'avant par Cohen et al.

Par ailleurs, ces auteurs présentent une autre observation en lien avec la présence de conflits psychiques. En effet, ils font ressortir le rôle et l'importance des effets du stress, des mauvaises relations conjugales, des conflits familiaux et de l'absence de soutien comme éléments pouvant provoquer l'apparition des symptômes de vomissements incoercibles. Les participantes à notre étude présentent toutes trois une histoire personnelle marquée par ces éléments décrits par Cohen et al. Chez Mélodie, nous remarquons le rôle du stress et de l'absence de soutien dans son enfance, éléments qu'elle met spontanément de l'avant lors des deux entrevues de recherche. En ce qui concerne Maryse, la présence de conflits familiaux, au cours de son histoire, et le stress qui en découle dans la réalité actuelle de ses grossesses sont également présentés en premier plan et ce de façon spontanée au cours des rencontres. Finalement pour Maria, c'est sa relation conjugale difficile qui ressort dans son récit, relation qui nous apparaît comporter certains liens avec son histoire personnelle et familiale.

De leur côté, Karpel et de Gmeline (2004) font également ressortir, dans leur étude, la présence de conflit psychique chez les femmes hyperémétiques. Pour eux, le caractère oral de cette affection traduit le désir présent dans toutes affections liées à l'oralité, soit celui de

restaurer le lien mère-enfant. Ils postulent que la sphère orale est le lieu privilégié d'expression des conflits lors de la grossesse et qu'au moment de cet événement, ce sont les relations primaires entre la mère et l'enfant qui se rejouent, s'appuyant ainsi sur la position de Bydlowski à l'effet que la femme enceinte doit s'identifier à la mère des premiers soins pour devenir mère à son tour. Ils expliquent qu'une mère déprimée ou incapable de fournir à son enfant un environnement sécurisant peut le conduire à introjecter ces parties faibles, pour ensuite chercher à les expulser hors de lui. Nous avons fait ressortir lors de la présentation des deux premiers thèmes interprétatifs, différents éléments de l'histoire des trois participantes qui appuient cette proposition de Karpel et de Gmelinc. En effet, tant pour Mélodie, Maryse que Maria, le lien à la mère semble prendre racine dans certains manques, vides, frustrations, déceptions et confusions. Ceux-ci prennent le premier plan au cours des entrevues : Mélodie met de l'avant sa tristesse devant l'absence de sa mère en raison d'une maladie incurable et létale; Maryse parle intensément de l'absence de sa mère causée par la surprésence d'un père autoritaire et sévère et d'une belle-famille irrespectueuse à l'égard de celle-ci (selon Maryse), de même que la présence de ses deux frères; Maria, de par ses nombreux lapsus confondant grands-parents et parents, semble exprimer la confusion qui règne en elle sur ceux qu'elle considère avoir été ses vrais parents. Ces différents éléments nous apparaissent démontrer certaines faiblesses chez les mères des participantes, faiblesses qui comme le souligne ces auteurs ont pu être introjectées et lors de la grossesse, lorsque les enjeux d'identifications maternels s'incarnent dans la réalité de la maternité, cherchent à être expulsées parce qu'intolérables, rendant possiblement le désir d'enfant conflictuel. Ainsi, pour ces auteurs, les vomissements gravidiques doivent être considérés comme une tentative chez la femme hyperémétique, de retenir sa mère auprès d'elle afin de fantasmer une présence sécurisante, et ce afin d'accomplir l'identification maternelle nécessaire au devenir-mère. Dans le cas de Maria, cette tentative nous apparaît se présenter de façon plus claire parce que s'incarnant dans la réalité actuelle du quotidien, alors que chez les deux autres participantes, cette tentative d'obtenir un environnement sécurisant semble passer par quelques détours, les mères ne pouvant fournir dans la réalité cet environnement. En effet, la mère de Mélodie est décédée et la mère de Maryse est toujours très prise par son mari. Ici, le détour nous semble provenir de la relation aux conjoints, ceux-ci nous apparaissant offrir à Mélodie et Maryse un certain environnement sécurisant, palliant jusque dans une certaine

mesure à celui que leurs mères sont dans l'impossibilité de leur donner dans la réalité actuelle de leur grossesse. Ici encore, il est important de mentionner le caractère exploratoire de ces affirmations, le matériel recueilli ne nous permettant pas de les valider empiriquement. Toutefois, il nous apparaît intéressant dans le cadre de cette thèse de faire état de ces différents éléments, ceux-ci jetant les bases de recherches plus approfondies.

Suite à la présentation de ces trois thèmes interprétatifs « chronologiques », nous présentons l'essai d'interprétation clinique, qui tel que mentionné, se veut d'un niveau d'inférence plus élevé. Ici encore, il ne s'agit pas de présenter un travail de compréhension clinique achevé, mais plutôt, par son caractère exploratoire, de lancer des pistes de recherche intéressantes à une ou des études qui auront pour objectif la validation ou l'invalidation de ces dernières.

7.2 Essai d'interprétation clinique

L'analyse du matériel recueilli nous a permis de constater que l'hyperémésis gravidarum est une affection qui interroge différents paramètres de la vie et de l'histoire des participantes : le désir d'enfant, le besoin de maternage, les conflits psychiques et le désir de recréer un lien sécurisant à la mère. Ces éléments constituent, selon notre analyse, les pôles autour desquels s'articule cette problématique. C'est donc à partir de ces axes que nous tenterons de dessiner un portrait de ces femmes, portrait qui ne prétend toutefois pas à l'universalité. Le choix de ces concepts nous est apparu incontournable quant à leur rôle dans la façon dont est vécue cette affection de la grossesse, de par la place qu'ils ont occupé dans le discours des participantes au cours des entrevues.

7.2.1 Hyperémésis gravidarum et désir de maternage

À la lumière du matériel recueilli, il nous est apparu que les trois participantes portaient, au sein de leur histoire personnelle et familiale, différentes blessures, notamment en ce qui concerne la sphère relationnelle, tant avec leur mère qu'avec leur père. Un tel vécu nous apparaît avoir laissé des marques profondes au point où l'acte de donner la vie s'en trouve ébranlé, le réduisant ainsi à un tableau symptomatique, à une maladie qu'il faut soigner. De quoi, ces femmes sont-elles réellement malades? Ce qui ressort spontanément du

récit des participantes est le lien ténu et insatisfaisant qu'elles ont eu, et/ou qu'elles entretiennent encore avec leur mère, de même que la présence d'une relation « insécurisante » avec un père décrit comme autoritaire et sévère. De leur discours transparaissent une frustration, une profonde tristesse et une déception de ce rendez-vous manqué avec leur premier objet d'amour qu'est la mère. Ce rendez-vous manqué semble exacerber ici le désir que porte chaque grossesse de restaurer la relation primaire avec la mère. À la lumière de l'analyse des thèmes interprétatifs et des dernières études sur le sujet, nous faisons l'hypothèse que la grossesse marquée des symptômes de l'hyperémésis gravidarum semble surinvestie comme une tentative de recréer ce lien fusionnel antérieurement absent ou décevant avec la mère, et qui représente encore aujourd'hui une source active de souffrance. À cet égard, nos observations rejoignent les études de Cohen et al (2007), de Karpel et de Gmeline (2004), qui affirment la tentative de la femme enceinte, par la présence de vomissements incoercibles, d'exprimer les défaillances de maternage et de holding qu'elles ont vécues auprès de leur mère, de même que la présence d'une angoisse de séparation, cette dernière se jouant au moment crucial de la grossesse. Mélodie, Maryse et Maria expriment toutes à leur façon leur désir insatisfait de la mère, l'hyperémésis gravidarum, nous apparaissant se faire le symptôme de ce désir de restaurer leur lien avec leur mère. Ceci rejoint la prémisse de Ferraro et de Nunziante-Cesaro (1995) pour lesquels la grossesse peut être perçue comme une action ayant pour but la recherche d'une intégration, d'un lien avec l'objet, un moment de mise en acte de la pulsion fusionnelle primitive, qui trouve dans le corps féminin un lieu concret pour exister.

Comme le souligne ces derniers auteurs, la grossesse se veut une tentative pour la femme de se mettre au monde en un projet de naissance d'elle-même. En ce sens, la grossesse suit le destin de l'histoire de fusion et de séparation qu'a eu la femme avec sa mère. Chez les participantes, la grossesse vécue dans l'hyperémésis gravidarum, par l'intensité et la gravité des symptômes qu'il entraîne, semble provoquer une régression vers ce qui a manqué et a été insatisfaisant, plutôt que de donner accès à une nouvelle individualité, laissant ainsi les participantes prisonnières de leur histoire, condamnées à une répétition de la recherche de ce lien primaire avec leur mère. La prison symptomatique dans laquelle elles se trouvent est à l'image de celle que constitue leur propre histoire marquée par l'absence de lien satisfaisant,

non seulement à leur mère, mais également à leur père. Si l'expérience relationnelle avec la mère a été mauvaise, alors l'enfant à venir comme objet risque de disparaître et le besoin de répéter l'expérience de sa propre naissance devient une pulsion à la fois contraignante et paralysante. Nous postulons que la répétition de l'hyperémésis gravidarum de grossesse en grossesse a à voir avec cette tentative de se mettre au monde, tentative antérieurement avortée, d'où la réapparition de ces symptômes au cours des grossesses subséquentes. Or, nous ne pouvons étayer davantage cette hypothèse. Une méthodologie plus poussée nous aurait permis l'obtention du matériel nécessaire à la vérification de celle-ci. Il nous apparaît toutefois important de la souligner, en raison de l'ouverture vers d'autres études qu'il représente.

L'histoire relationnelle des participantes avec leur mère est donc décrite comme une expérience décevante et marquée par le manque et l'absence : manque d'attention, manque de protection, manque de présence et de manifestation d'affection, manque de force et manque de modèle. Tel que vu précédemment, nous ne pouvons qualifier l'identification maternelle des participantes, cependant nous pouvons faire ressortir la façon dont elles décrivent leur mère, à la fois en tant que femmes et que mère. Ainsi, les participantes dressent un portrait de femme et de mère plutôt faible et impuissante, portrait qu'elles cherchent à tout prix à ne pas répéter. Ce désir est particulièrement présent chez Maryse et Mélodie, celles-ci l'exprimant clairement et à plusieurs reprises au cours des entrevues. Cette image de mère rappelle l'absence de la mère dans la présence, référant ici à la mère morte d'André Green. Pour Mélodie, autant que pour Maryse, le devenir-mère se révèle être un processus qui s'érige *a contrario* du modèle féminin et maternel présenté par leur mère, cherchant plutôt à être, pour leurs enfants, les mères qu'elles n'ont pas eues, alors que pour Maria, la question semble être encore l'objet d'une certaine ambivalence, en traduit les nombreuses oscillations dans son discours au cours des entrevues entre rester chez sa mère après l'accouchement ou partir en appartement avec son conjoint. Tout comme le relève Bydlowski (1997), la femme en enfantant rencontre sa propre mère en elle, elle la devient, elle la prolonge tout en se différenciant d'elle. Ainsi, le processus d'identification se place au centre de la capacité d'engendrer et de porter la vie. Que peut-on dire au sujet de cette identification chez les trois participantes? Cette thèse de doctorat ne permet pas de qualifier empiriquement la nature de

l'identification des participantes avec leurs mères. Cependant, il serait intéressant qu'une étude s'intéresse à ce processus d'identification et aux liens possibles avec l'hyperémésis gravidarum, ce qu'il nous est impossible de faire compte tenu de la nature et de la profondeur du matériel recueilli.

7.2.2 Hyperémésis gravidarum et désir d'enfant : l'impossible ambivalence?

À la lumière de ce qui vient d'être présenté, il nous apparaît que l'enjeu de fusion et de séparation d'avec la mère est davantage présent chez les femmes atteintes d'hyperémésis gravidarum que chez celles qui expérimentent une grossesse exempte de tels symptômes. Ici, l'utilisation du corps dans l'expression d'un conflit psychique nous apparaît exprimer une angoisse de séparation avec la mère, de même qu'une tentative de recréer ce lien primaire. Toutefois, un autre élément est ici à prendre en compte, soit le sentiment d'ambivalence qui se vit dans chaque grossesse, et qui semble, chez les participantes à notre étude, davantage l'objet de silence au cours des entrevues. Selon Ferraro et Nunziente-Cesaro, naître comme mère demande à la femme de tolérer les sentiments hostiles envers son enfant à venir, sentiments qui risquent d'être agis s'ils ne sont pas reconnus. Cette hypothèse nous apparaît intéressante à soulever ici, et ce, même si nous n'avons pas le matériel nécessaire au déploiement de celle-ci. Ainsi, nous considérons que cette question serait pertinente à une autre étude sur le sujet, et ce, afin de développer une compréhension plus complexe de ce trouble qu'est l'hyperémésis gravidarum.

Quant à la question du désir d'enfant, telle que mentionnée dans la recension des écrits, elle est une notion complexe et difficile à cerner étant donné son caractère inconscient. Il n'est souvent questionnable que lorsque la grossesse dévie de son déroulement « normal » pour prendre une voie dite pathologique comme c'est le cas de l'hyperémésis gravidarum dont sont affligées les trois participantes. L'analyse que nous faisons ici du désir d'enfant n'est que parcellaire. Nous cherchons plutôt à ouvrir sur la possibilité d'un questionnement plus en profondeur de ce désir en lien avec cette affection qu'est l'hyperémésis gravidarum.

Il nous apparaît que la question du désir d'enfant s'impose ici par la symbolique des symptômes caractéristiques de l'hyperémésis gravidarum, les nausées et les vomissements se faisant le symbole de l'ambivalence. Les trois participantes semblent donc être prises entre le

désir de garder leur bébé à venir et celui de le rejeter. Le désir, et en particulier celui d'un enfant, n'est jamais un sentiment pur, exempt de doute, il est au contraire, toujours teinté d'ambivalence. Chez les participantes, la question du désir d'enfant nous apparaît devoir être lu entre les lignes symptomatologiques qui traduisent leur conflit entre le souhait d'avoir un enfant vivant et sain et le désir insensé de le mettre à mal, exprimé par une crainte démesurée d'avoir un enfant mal formé, handicapé ou encore blessé par l'intensité des symptômes de nausées et de vomissements tant la force de représentation qu'il incarne le rend difficile à supporter. Le silence des participantes au sujet de cet enfant pourrait venir témoigner de l'intensité des représentations dont il se fait le porteur et de la culpabilité reliée à cette ambivalence. Cependant, nous ne pouvons nous avancer davantage sur la question, en raison du matériel obtenu lors des entrevues.

Plusieurs hypothèses peuvent toutefois être formulées quant à la représentation de l'enfant à venir chez les trois participantes. Celle que nous privilégions, en fonction des données recueillies, est celle qui veut que l'enfant à venir, l'enfant imaginaire, ait pour mission de venir tout réparer, de combler tous les vides et tous les manques de l'enfance vécus par Mélodie, Maryse et Maria. Dans ce sens, le désir d'enfant peut être entendu comme le lieu de passage d'un désir absolu, où ce qui est désiré c'est la réalisation d'un souhait infantile, c'est-à-dire avoir pu être des enfants acceptées, reconnues et non laissées à elles-mêmes. Selon plusieurs auteurs (Nagy, 1986; Bydlowski, 1997; Delaisi de Parceval, 1990), cette dimension fait intervenir la part narcissique du désir d'enfant. Celle-ci fait référence à l'image de l'enfant à venir comme l'enfant que l'on aurait rêvé être soi-même. Chez Mélodie, Maryse et Maria, la part narcissique pourrait se traduire ainsi : mon enfant aura l'enfance et les parents que je n'ai pas eus. L'enjeu ici concerne le poids de leurs histoires personnelles marquées par différentes atteintes narcissiques, principalement la sensation qu'elles ont eu de ne pas avoir une relation suffisamment satisfaisante à leur mère. Dans cette optique, l'enfant à venir a le potentiel de devenir un « enfant prothèse » comme le souligne Delaisi de Parceval (1990), c'est-à-dire un enfant qui aura le pouvoir de guérir les blessures du passé restées inélaborées. Chez Mélodie et Maryse, le sentiment d'abandon et la parentification qui en a découlé prennent le devant de la scène de leur histoire infantile, alors que pour Maria c'est la surprise et la confusion entre ses parents et ses grands-parents. Ce vécu infantile semble les

avoir laissé toutes trois avec la nostalgie d'une enfance idéale à laquelle elles n'ont pas eu droit et qui fait émerger un vif sentiment d'ambivalence, non seulement entre garder ou rejeter l'enfant à venir et ce qu'il porte comme représentations, mais également entre garder ou rejeter certains éléments de leur histoire familiale.

CONCLUSION

Par cet essai, l'auteure a tenté de mieux comprendre l'expérience psychologique des femmes enceintes souffrant d'hyperémésis gravidarum d'un point de vue psychanalytique. Malgré le recoupement de deux méthodologies, soit qualitative et quantitative, le matériel obtenu ne nous a pas permis l'établissement d'interprétations fondées empiriquement. Les entrevues semi-dirigées ont toutefois permis aux participantes d'exprimer librement la souffrance et les enjeux reliés à ce trouble rare de la grossesse. L'analyse thématique issue du discours des trois sujets de recherche a fait ressortir différentes hypothèses concernant leurs univers relationnels marqués par les manques et la conflictualité psychique, de même que par des carences au niveau du maternage et du holding.

L'élaboration des thèmes descriptifs et l'analyse interprétative issue de l'analyse thématique ont permis de mettre en lumière certains éléments qui semblent avoir joué un rôle important dans le vécu de ce trouble de la grossesse. Le parcours des trois participantes montre une histoire de vie empreinte de manque et de carence, à la fois de la part de leur mère et de leur père. Les participantes ont exprimé l'immense souffrance qui résulte de ces manques et comment celle-ci s'avère encore d'actualité, d'autant que l'acte de donner la vie vient rejouer les émotions de la petite fille qu'elles ont été. L'hyperémésis gravidarum semble venir ici en lieu et place de la parole afin de se faire le témoin, dans le corps, de la réactivation de cette histoire de vie. La relation avec les parents, empreinte d'absence et d'une certaine conflictualité, nous apparaît se rejouer dans la relation qu'entretiennent ces femmes avec leur enfant à venir, prise entre le désir de le garder et celui de le rejeter.

Le but de la recherche était de faire ressortir les enjeux personnels et relationnels de ces femmes et leurs rôles possibles dans le développement de l'hyperémésis gravidarum. Cette recherche, de par son caractère exploratoire et son orientation psychodynamique, nous a amené à introduire différents concepts dont la question de la grossesse et des enjeux qui lui sont propres, de même que ceux de désir d'enfant et d'ambivalence. La période de la grossesse et les enjeux qui y sont associés représentent un moment de grands bouleversements dans le parcours de vie d'une femme. Bydlowski la compare à l'adolescence

tant les remaniements qu'elle implique, à la fois au niveau physiologique, psychique et identitaire sont importants. Par ailleurs, cette crise maturative de la maternité réveille à la fois l'anxiété et des conflits demeurés jusque-là latents. Ainsi, elle contient sa propre capacité évolutive, en plus de contribuer à la formation d'une identité nouvelle. À cet égard, deux des trois participantes démontrent un désir intense, voire vital à ne pas répéter le modèle familial qu'elles ont expérimenté auprès de leur famille. Quant à la troisième participante, elle nous apparaît prisonnière d'une répétition de son histoire familiale. Cependant, dans les trois cas, l'identification à la mère et la conflictualité qui en résulte, semble constituer un enjeu de première importance dans la capacité de porter et de donner la vie. L'analyse à laquelle nous avons procédé a permis de faire ressortir différentes hypothèses qui auraient besoins d'être davantage développées et étayées par des recherches plus approfondies. Ces hypothèses mettent, entre autres en scène, la possibilité de la présence d'une conflictualité psychique chez les femmes hyperémétiques, celle-ci s'exprimant par la voie orale typique de cette affection de la grossesse. Selon cette hypothèse, l'hyperémésis gravidarum serait une façon, pour la femme enceinte, de chercher à recréer le lien avec la mère, lien qui a été antérieurement décevant ou insatisfaisant. C'est ce que font également ressortir Ferraro et Nunziante-Cesaro, pour lesquelles les enjeux de répétition qu'implique toute grossesse se déroulent selon le modèle de fusion et de séparation que la future mère a expérimenté auprès de sa propre mère. Cette thèse a tenté de repérer et d'explorer ces enjeux de fusion et de séparation chez les femmes souffrant d'hyperémésis gravidarum. Ceci nous a ainsi permis de faire l'hypothèse que cette affection de la grossesse semble surinvesti comme une tentative de recréer ce lien fusionnel avec la mère, ici la mère des premiers soins, ce dernier ayant été soit absent, soit décevant, dans le but de pallier à leur carence au niveau du maternage.

Cette recherche a également permis de se pencher sur la question complexe du désir d'enfant et du sentiment d'ambivalence qui l'accompagne. Tel que nous l'avons déjà mentionné, le désir d'enfant est ardu à saisir en raison de son caractère inconscient. Celui-ci ne peut s'appréhender que dans l'après-coup d'une grossesse. Nous avons choisi, dans cette thèse, d'articuler la notion de désir d'enfant à celle de l'enfant imaginaire, c'est-à-dire l'enfant ayant le pouvoir de venir réparer et combler tous les vides et tous les manques vécus dans l'enfance de nos participantes. La grossesse nous est apparue ici comme une mise en

acte dans le corps d'un désir inconscient de venir combler le vide maternel par l'intermédiaire de l'enfant à venir sur lequel vient se déposer l'enfant imaginaire, ce dernier ayant pour mission de réparer la mère de son lien insatisfaisant avec sa propre mère. Ici, cet enfant ne peut qu'être décevant, car la future mère ne peut que l'investir, comme un substitut partiel. Ce processus rend, du coup, le sentiment d'ambivalence présent dans toute grossesse insupportable, faisant entrer la mère dans un conflit entre garder et rejeter le bébé.

Cette thèse n'avait pas pour but de dresser un portrait exhaustif des femmes enceintes atteintes d'hyperémésis gravidarum, n'aspirant pas à la généralisation. Néanmoins, elle permet de démontrer la complexité des enjeux, à la fois conscients et inconscients, entourant le vécu de la grossesse lorsque celle-ci est marquée par l'hyperémésis gravidarum. Les résultats et les hypothèses avancées par cette recherche s'avèrent un premier pas dans la compréhension de ce trouble rare de la grossesse. Pour l'avancement des connaissances, ces hypothèses pourraient être développées et étayées sur des recherches plus approfondies afin de poursuivre la réflexion et les travaux dans ce domaine. Peut-être pourrait-on alors prévenir les impacts de l'hyperémésis gravidarum à la fois sur la mère, les enfants à venir et les générations ultérieures?

De nouvelles recherches pourraient, par exemple, être poursuivies dans une perspective transgénérationnelle afin d'étudier les impacts de l'hyperémésis gravidarum sur le lien d'attachement qui unit les filles à leur mère, et les conséquences d'un tel lien sur le déroulement de la grossesse dans les générations subséquentes, et ce, afin d'étudier la transmission des failles au niveau de l'identification maternelle. Cela permettrait d'enrichir et de solidifier les données et ainsi peut-être de faire un travail de dépistage afin d'offrir des traitements de prévention appropriés.

Par ailleurs, cette recherche nous a permis de prendre conscience d'un élément qui nous apparaît ici d'une importance capitale. Il s'agit de faire sortir la grossesse de son aura de plénitude et de certitude pour y faire entrer la notion d'ambivalence et de doute. La psychanalyse reconnaît depuis longtemps la présence et les conséquences du sentiment d'ambivalence sur le vécu de toute grossesse (Carlson et Nobili, 1977; Badinter, 1980; Bydlowski, 1990, 1997). Or, il en va autrement du discours social et médical qui sous-entend

que toute femme enceinte vive au cours de sa grossesse un moment de pur bonheur, exempt d'incertitude, culpabilisant ainsi celle qui se voit aux prises avec des sentiments d'ambivalence, prisonnière du silence, par crainte de se faire juger et ainsi porter l'étiquette déshonorante de mauvaise mère. Or, nous croyons qu'il est temps que ce sentiment, tabou encore aujourd'hui dans nos sociétés, fasse son entrée dans le discours populaire et médical afin de démystifier l'image de la grossesse idyllique, et ainsi déculpabiliser les femmes enceintes aux prises avec un tel sentiment afin qu'elles aient moins honte et qu'elles puissent avoir toute l'aide nécessaire pour pouvoir traverser plus aisément cette crise de l'accès à la maternité et du devenir-mère.

ANNEXE A

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DU COMITÉ
D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE**

1. Titre de l'étude

L'hyperémésis gravidarum : étude exploratoire d'un trouble rare de la grossesse.

2. Nom des chercheurs

Chercheur principal : Valérie Paradis, étudiante au doctorat à l'UQAM

Téléphone : (514) 723-4347

Courriel : paradis_valerie@hotmail.com

Marie Hazan, directrice de thèse

Téléphone : (514) 987-3000 p.7864

Courriel : hazan.marie@uqam.ca

Collaborateurs internes : Dre Évelyne Rey, Dre Louise Duperron

3. Invitation à participer au projet

Le département d'obstétrique et gynécologie de l'hôpital Sainte-Justine participe à une recherche doctorale en psychologie portant sur un syndrome de la grossesse du nom d'hyperémésis gravidarum. Cette recherche a pour but de bonifier la compréhension de ce trouble et éventuellement d'améliorer le traitement des femmes atteintes. Nous vous invitons donc à lire ce formulaire d'information afin de décider si vous êtes intéressée à participer à ce projet.

4. Quelle est la nature du projet

L'hyperémésis gravidarum est un trouble de la grossesse qui affecte entre 0.05% et 2% de la population des femmes enceintes (Simpson et al, 2001). Aucune étiologie formelle n'a pu être identifiée jusqu'à maintenant. De plus, il y a divergence quant aux causes et aux traitements, ceux-ci ne s'avérant pas toujours très efficaces. Cette condition peut ainsi amener les femmes atteintes à être hospitalisées plus d'une fois au cours d'une même grossesse. Cette affection, qui a tendance à se répéter de grossesse en grossesse, détériore les conditions de vie de la femme enceinte et peut

même avoir de graves conséquences, à la fois sur le fœtus et sur la mère. Par cette étude, nous nous intéressons à l'histoire de la grossesse des femmes ayant un diagnostic d'hyperémésis gravidarum. Par des entrevues, nous chercherons à dresser un portrait de l'histoire de la grossesse de ces femmes, explorant ainsi différentes facettes de leur histoire de vie, soient les conditions entourant la décision de devenir enceinte, leur univers relationnelle avec leur conjoint, leurs parents et leur enfant à venir. Le portrait ainsi étudié sera étoffé par l'utilisation d'un test psychologique (MMPI II) fournissant des informations quant à la structure de personnalité de ces femmes.

Afin de mener à bien ce projet, un nombre de 4 à 6 participantes sera nécessaire.

5. Comment se déroulera le projet?

Le présent projet utilisera l'entrevue de recherche et un questionnaire auto-administré (MMPI II) comme modalités de cueillette de données. Les sujets seront rencontrés à deux reprises pour une durée approximative d'une heure menées par Mme Valérie Paradis. Le questionnaire sera remis au sujet à la fin de la première rencontre et devra être remis complété à la chercheuse lors de la seconde rencontre, cette modalité ayant pour but de laisser au sujet tout le temps requis pour compléter adéquatement le questionnaire. Les entrevues auront lieu à l'hôpital Sainte-Justine dans le but de faciliter le déplacement des sujets. Celles-ci seront enregistrées dans le but d'en faciliter l'analyse et auront lieu à partir de février 2006. Aucun recours au dossier médical des sujets ne sera requis.

6. Quels sont les avantages et bénéfices?

Il est possible que la participation à cette recherche puisse apporter aux femmes interrogées un gain potentiel par la réflexion « accompagnée » qu'elles feront au sujet de leur expérience de leur grossesse et de l'affection dont elle souffre.

7. Quels sont les inconvénients et les risques?

La présente recherche ne comporte aucun risque physique pour les participantes. Quant aux risques psychologiques, ceux-ci se situent sous le seuil du risque minimal tel que défini par l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains. Ainsi, par leur participation à cette étude, les participantes ne s'exposent pas à une situation plus risquée que celle qu'elles pourraient rencontrer dans leur vie quotidienne. Dans un tel contexte, l'entrevue de recherche

ne s'avère pas être une situation plus stressante qu'une conversation ordinaire que les participantes pourraient avoir dans leur quotidien. Celles-ci seront également bien informées de la possibilité qu'elles ont de se retirer à tout moment de la recherche. De plus, la chercheuse principale possède une expérience clinique en psychologie, ce qui minimise les risques que les participantes vivent de l'inconfort ou de l'anxiété lors des entrevues. Cependant, s'il s'avérait, suite aux entrevues, que les participantes éprouvent des malaises ou des inconforts psychologiques reliés aux entrevues de recherche, elles pourraient prendre contact avec M. Vincent Bordeleau, psychologue au (514) 592-7646.

8. Comment la confidentialité est-elle assurée?

Tous les renseignements obtenus dans le cadre de ce projet de recherche seront confidentiels. Pour ce faire, ces renseignements seront présentés de façons anonymes de sorte que les participantes ne soient identifiées que par un code. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne contiendra quoi que ce soit qui puisse permettre d'identifier les participantes. Les bandes d'enregistrement audio des rencontres de même que les copies de questionnaires utilisées seront immédiatement détruites à la fin de la rédaction du présent projet de thèse.

9. Y a-t-il une compensation financière pour vos dépenses et inconvénients?

Aucune compensation financière n'est prévue pour cette étude.

10. Liberté de participation

Votre participation à cette étude est libre et volontaire. Toute nouvelle connaissance susceptible de remettre en question votre participation devra être communiqué à la chercheuse principale afin qu'elle vous libère de votre engagement. Quelle que soit votre décision cela n'affectera pas la qualité des services de santé qui vous sont offerts.

11. En cas de questions ou de difficultés, avec qui peut-on communiquer?

Pour plus d'information concernant cette recherche, vous pouvez contacter la chercheuse principale, madame Valérie Paradis au (450) 464-2432 ou sa directrice de thèse madame Marie Hazan Ph.D, psychologue au (514) 987-3000 poste 7864.

12. Consentement et assentiment

La nature de l'étude, les procédés utilisés de même que les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère anonyme des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu à ma satisfaction.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps nécessaire pour prendre ma décision et qu'aucune pression n'a été exercée sur moi afin que je participe à l'étude.

J'accepte volontairement et de façon éclairée de participer à cette étude. Je demeure libre de me retirer en tout temps.

Nom de la participante
(Lettres moulées)

Signature de la
participante

Date

Nom du chercheur
Valérie Paradis

Signature du chercheur

Date

ANNEXE B

Schéma d'entrevues de recherches

1) Données biographiques

- Âge
- Présence ou non d'un conjoint. Si oui, est-ce le père du bébé à venir?
- Présence d'autres enfants. Si oui, est-ce le même père?
- Les parents sont-ils ensemble, divorcés ou décédés?
- Rang dans la fratrie
- Profession

2) Histoire de la grossesse

- Comment s'est prise la décision d'avoir un enfant?
- Pouvez-vous élaborer sur les circonstances de votre grossesse?
- Comment imaginiez-vous votre grossesse avant de tomber enceinte?
- Parlez-moi de votre vie avant la grossesse?

3) Hyperémésis gravidarum

- Décrivez-moi ce qui vous arrive/ quels sont vos symptômes?
- À quel moment de la grossesse vos symptômes sont-ils apparus?
- Comment avez-vous réagit face à ses symptômes?
- Comment les comprenez-vous?
- Comment avez-vous réagit à l'annonce du diagnostic et comment le comprenez-vous?
- Comment vivez-vous votre grossesse actuellement?

4) Relation avec le conjoint

- Parlez-moi de votre relation avec votre conjoint
 - avant la grossesse
 - pendant la grossesse
- Comment imaginez-vous votre relation avec votre conjoint après la grossesse

5) Relation avec les parents

- Parlez-moi de votre relation avec votre famille
 - parents (père, mère)
 - frères
 - sœurs
 - famille élargie

6) Relation avec l'enfant à venir

- Parlez-moi de votre enfant qui s'en vient

7) Féminité/maternité

- Parlez-moi de votre adolescence
 - première menstruation
 - début de la sexualité
- Qu'est-ce que c'est pour vous
 - être une mère
 - être une femme
 - être un père

RÉFÉRENCES

- Abraham, K. « Psychanalyse et gynécologie », *Œuvres complètes, Tome 2, Développement de la libido : Formation du caractère (1925)*, Paris, Payot, 1973, pp.216-222.
- Ammaniti, Massimo, Candelori, Carla, Pola, Marisa, Tambelli, Renata. *Maternité et grossesse*, P.U.F. Monographie de la psychanalyse de l'enfant, 1999, pp.7-57.
- Arseneault, A., Boudreau, C. « La recherche qualitative : une méthodologie différente, des critères de scientificités adaptés », *Revue de l'Association pour la Recherche Qualitative*, Vol. 10, Hiver 1994, pp.121-137.
- Badinter, Élisabeth. *L'Amour en plus : Histoire de l'amour maternel au XVII-XXe siècle*, Paris, Flammarion, 1980.
- Barrucand, D. « La psychogenèse des vomissements répétés de la femme enceinte », *Annales médico-psychologiques*, 1968, No 2, p.126, No 5, p.617.
- Baudrand, Pierre. *À propos des vomissements graves de la grossesse : fondements historiques et modernité de la pratique de l'isolement en service de maternité*, Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine, Faculté de médecine de Nancy, 2003.
- Bécache, S. *la maternité et son désir*, Lyond : Cesura Édition, 1993, pp.13-205.
- Benedek, T. « Prethood as a developmental phase », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Seuil, 1959, 7, p.389-417.
- Bernier, Jean-Jacques, Pietrulewicz, Bogdan. *La psychométrie : traité de mesure appliquée*, Gaëtan Morin, 1997, pp.318-322.
- Bourdieu, P. *La misère du monde*, Paris : Seuil.
- Bourekoff, Natacha. *Vécu de la maternité, intégration de la maternalité chez des femmes schizophrènes*, Université René Descartes, Paris V, 1997.
- Bydlowski, Monique. *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, P.U.F., 1997, pp.65-89.
- Bydlowski, Monique. «La transparence psychique de la grossesse», *Études freudiennes*, No 32, 1991, pp.135-142.
- Bydlowski, M., Just, L. « À propos de l'écoute des couples en demande d'enfant », *Études psychothérapeutiques. Désir d'enfant*, Paris, Centurion, 1990, pp. 15-29.
- Carlson et Nobili. *La mauvaise mère*, Paris, Payot, 1977.

- Cohen, J. et al. «Approche psychosomatique des vomissements incoercibles du premier trimestre », *Gynécologie obstétrique et fertilité*, No 35, 2007, pp.565-569.
- Delaïsi, G., Verdier, P. *Enfant de personne*, Paris, Odile Jacob, 1994.
- Delaïsi, G., Janaud, A. *L'enfant à tout prix, essai sur la médicalisation du lien de filiation*, Paris, Seuil, 1983.
- Depue, R.H et al. «Hyperemesis gravidarum in relation to estradiol levels, pregnancy outcome, and other maternal factors: A seroepidemiologic study », *American Journal of Obstetric Gynecology*, 1987, Volume 156, No 5, pp.1136-1141.
- Deuchar, Neil. «Nausea and vomiting in pregnancy : a review of the problem with particular regard to psychological and social aspects », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Janvier, Volume 102, 1995, pp.6-8.
- Deutsch, Hélène. *Psychologie des femmes : Étude psychanalytique (Tome 2 : Maternité)*, Paris, P.U.F., 1945, 418 p.
- Devereux, G. *De L'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris: Flammarion, 474 p.
- El-Mallaku et al. «Hyperemesis Gravidarum as Conversion Disorder», *Journal of Nervous and Mental Disease*, Volume 178, No 10, 1994.
- Fairweather, Denys. «Nausea and vomiting in pregnancy», *American Journal of Obstetric and Gynecology*, Volume 102, No 1, September 1968, pp.135-171.
- Faure-Pragier, Sylvie. *Les bébés de l'inconscient. Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*, Paris, P.U.F.,
- Ferenczi, S. «Phénomènes de matérialisation hystérique (un essai d'explication de la conversion et du symbolisme hystériques) », *Psychanalyse III (1919-1926)*, Paris, Payot, coll. Science de l'Homme, 1974, pp.53-65.
- Ferraro, Fausta, Nunziante-Cesaro, Adèle. *L'espace creux et le corps saturé: la grossesse comme agir entre fusion et séparation*, Paris, Des femmes, 1990.
- FitzGerald, Catherine M. « Nausea and vomiting in pregnancy », *British Journal of Medical Psychology*, Volume 57, 1984, pp. 159-165.
- Freud, S. *Ma vie et la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1950.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1962.
- Freud, S. « Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (Le petit Hans) », *Cinq psychanalyses*, Paris, P.U.F., 1954.

- Freud, S. (1914). « Pour introduire le narcissisme », *La vie sexuelle*, Paris, P.U.F., 1969.
- Freud, S. (1915). *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968.
- Freud, S. (1917). *Conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1999.
- Freud, S. (1920). « Au-delà du principe de plaisir », *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981.
- Freud, S. (1923). « La disparition du complexe d'Œdipe », *La vie sexuelle*, Paris, P.U.F., 1969.
- Freud, S. (1925). « Quelques conséquences psychologiques de la différence anatomique entre les sexes », *La vie sexuelle*, Paris, P.U.F., 1969.
- Freud, S. (1931). « Sur la sexualité féminine », *La vie sexuelle*, Paris, P.U.F., 1969.
- Freud, S. (1932). « La féminité », *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1984.
- Garfinkel, P et al. «The Differentiation of vomiting/Weight loss as conversion Disorder from Anorexia Nervosa», *Journal of Psychiatry*, Volume 140, No 8, 1983, pp.1019-1022.
- Graham, John R., Ben-Porath Yossef, S., Tellegen, Auke, Dahlstrom, Grant W., Keammer, Beverly. *MMPI-II: Manuel for administration, scoring and interpretation, Revised Edition*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 2001, 250 p.
- Green, André. *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1983, pp.222-253.
- Goodwin et al. «Increased concentration of the free B-subunit of human chorionic gonadotropin in hyperemesis gravidarum », *Acta Obstet Gynecol Scand*, vol.73, 1994, p.770-772.
- Groddeck, Georg. *Le livre du ça*, Paris, Gallimard, 1963.
- Harvey, W.A., Sherfey, M.J. «Vomiting in pregnancy», *Psychosomatic Medicine*, 16, 1, 1954.
- Haynal, A., Pasini, W. «Nausées et vomissements gravidiques », *Abrégé de Médecine Psychosomatique*, Paris, Masson, 1984, pp.228-238.
- Hazan, Marie. « La femme, le médecin et le bébé FIV : rêve ou cauchemar », *Revue québécoise de psychologie*, Vol. 18, no 3, 1997, pp.257-261.
- Hazan, Marie. « La féminité entre maternité et bisexualité », *Fligrane*, Printemps 1993, no 2, pp. 143-154.

- Iancu, I., et al. « Psychiatric Aspects of Hyperemesis gravidarum », *Psychotherapy Psychosomatic*, Volume 61, 1994, pp.143-149.
- Irigaray, Luce. *Ce sexe qui n'en est pas un*, Paris, Les éditions de minuit, 1977, 212 pp.
- Kallen, B. « Hyperemesis during pregnancy and delivery outcome : a registry study », *European Journal of Obstetric Gynecology*, volume 26, 1987, p.291.
- Karpel, L, de Gmelin, C. « L'approche psychologique des vomissements incoercibles gravidiques », *Journal of Gynecology Biological Reproduction*, vol.33, 2004, pp.623-631.
- Lacan, J. *Des noms-du-père*, Paris, Seuil, 2005, 107 p.
- Lagiou, P. et al. « Nausea and vomiting in pregnancy in relation to prolactin, estrogens, and progesterone: A prospective study », *Obstetric Gynecology*, vol. 101, 2003, pp.639-644.
- Laplanche, J et Pontalis, J.B. *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris : P.U.F., 1967, 523 p.
- Lechartier-Atlan, Chantal. « La grossesse « mère » de toutes les séparations », *Revue française de psychanalyse*, Paris, Vol. 65, No 2, 2001, pp.437-449.
- Lepage, L. et Letendre, R. « L'intervention de manifestation contre-transférentielles dans le déroulement de la recherche : réflexions sur une pratique et exemples », *Recherches qualitatives*, UQTR, Vol.18, pp.51-76.
- Leppert, Phyllis C. « Hyperemesis gravidarum : a discussion of a symptom complex with a connecting bridge to anorexia nervosa », *Journal of Nurse-Midwifery*, Volume 18, No 4, Winter 1973, pp.12-21.
- Mucchielli, A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris : Armand Collin, 275 p.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris : Armand Collin, 2003, 199 p.
- Palmer, R.L. « A psychosomatic study of vomiting or early pregnancy », *Journal of Psychosomatic Research*, Pergamon Presse, volume 17, 1973, pp.303-308.
- Perrier, François. *La chaussée d'Antin: œuvres psychanalytiques 1*, Paris, Albin Michel, 2008.
- Poupart, J., Deslauriers, J-P., Groulx, L-H., Laperrière, A., Mayer, R., Pirès, A. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville : Gaëtan Morin, 1997, 405 p.

- Racamier, P.C. «La maternité psychotique», *De psychanalyse en psychiatrie*, Paris, Payot, 1979, pp.192-242.
- Rank, Otto. *Don juan et le double : Études psychanalytiques*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1973, 189 p.
- Rapahel-Leff, Joan. *Pregnancy : The inside story*, Jason Aronson inc, Londres, 205 p.
- Revault D'Allonnes, Claude. *Être, faire, avoir un enfant*, Paris, Plon, 1991.
- Robertson, G.G. « Nausea and vomiting in pregnancy », *Lancet*, 261, 1946, p.336.
- Roegiers, Luc. *La grossesse incertaine*, P.U.F, coll. Le fil rouge, 2003, 331 p.
- Simpson, S.W et al. « Psychological Factors and Hyperemesis Gravidarum », *Journal of women's Health and Gender-Based Medicine*, 2001, Volume 10, No 5.
- Stoleru, S. « Psychological characteristics of infertile patients : discriminating etiological factors from reactive changes », *Journal of Psychosomatic Obstetric-Gynecology*, 1996, 17, p.117.
- Uddenberg, N., Nilsson, A., Almgren, P-E. «Nausea in pregnancy: psychological and psychosomatic aspects», *Jouranl of Psychosomatic Research*, Volume 15, Irlande du Nord, Pergamon Press, 1971, pp.269-276.
- Van den Maren, J.-M. *Méthodes de recherches qualitatives pour l'éducation*, Montréal : Presse de l'Université de Montréal, 506 p.
- Winnicott, D.W. *Le bébé et sa mère (1966)*, Paris, Payot, 1992.
- Winnicott, D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, p.285-291.